

Saimi Liukkonen, Maiju Luukkonen, Milja Luukkonen

”Me olimme ihmisiä
ihmisten joukosta”

Asiakastyytyväisyyskysely Moision psykogeriatrian poliklinikalla

Opinnäytetyö
Hoitotyön ja sosiaalialan koulutusohjelma


Joulukuu 2011




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Opinnäytetyön päivämäärä	
Tekijä(t) Saimi Liukkonen Maiju Luukkonen Milja Luukkonen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyö Sosiaalialan koulutusohjelma	
Nimeke "Me olimme ihmisiä ihmisten joukosta" Asiakastyytyväisyys Moisio psykiatrian poliklinikalla			
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö on tehty toimeksiantona Etelä- Savon sairaanhoitopiiriin, Moisio psykiatrian poliklinikalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada asiakailta palautetta poliklinikan toiminnan kehittämiseksi. Asiakastyytyväisyyttä ei ole tutkittu poliklinikalla aikaisemmin, koska toiminta on käynnistynyt nykyisessä mittakaavassa vuonna 2010. Kyselyn tarkoituksena oli kerätä palautetta psykiatrian poliklinikan palveluja käyttäviltä mielenterveys asiakailta.</p> <p>Kysely toteutettiin 23.5–31.8.2011 ja kyselylomakkeet annettiin asiakkaalle suoraan poliklinikalla tai postitettiin suoraan kotiin. Kyselyn kohderyhmänä olivat psykiatrian poliklinikan palveluja käyttävät tai käyttäneet ikääntyneet asiakkaat. Lomakkeita jaettiin yhteensä 70 kappaletta, joihin vastauksia tuli 36 (51,4 %). Aineisto käsiteltiin Microsoft Office Excel -taulukkolaskennan, SPSS -ohjelman sekä Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelman avulla. Avoimet vastaukset kirjoitettiin työhön suorina lainauksina luottavuuden säilyttämisen vuoksi.</p> <p>Tulosten mukaan asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä poliklinikan toimintaan. Tyytyväisimpiä asiakkaat olivat hoitajien ammattitaitoon sekä hoidon luottamuksellisuuteen. Avoimissa vastauksissa tuli vahvimmin esiin kiitollisuus hoitohenkilökuntaa kohtaan sekä poliklinikan toiminnan tarpeellisuus. Vastauksien perusteella kehitettävää oli hoitoon pääsyn helppoudessa ja nopeudessa sekä palveluiden tiedottamisessa.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena lähivuosina voisi olla uusi kysely, jossa otettaisiin huomioon asiakkaiden sekä heidän omaistensa näkökulma toimintaa kohtaan. Poliklinikan henkilökunta voi kehittää palvelun laatua, sekä tarkastella omaa toimintaansa kyselyn tulosten perusteella.</p>			
Asiasanat (avainsanat) ikääntyvä mielenterveysasiakas, avopalvelun laatu, asiakastyytyväisyyskysely			
Sivumäärä 65 + liitteet		Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)			
Ohjaavan opettajan nimi Sinikka Brunou, Tiina Kuru		Opinnäytetyön toimeksiantaja Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Moisio psykiatrian poliklinikka	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis	
Author(s) Saimi Liukkonen Maiju Luukkonen Milja Luukkonen		Degree programme and option degree program in nursing degree program in healthcare degree program in social work	
Name of the bachelor's thesis "We were humans from amongst the humans" The customer satisfaction survey at the psychogeriatric clinic of Moisio			
Abstract <p>This bachelor's thesis has been commissioned by Etelä-Savo health care district, Moisio clinic of psychogeriatrics. The main purpose of this bachelor's thesis was to get some feedback from customers that could be possibly used in improving the functions at the clinic. There have not been done any customer satisfaction surveys, because the clinic's functions started in 2010. The feedback was collected from mental health patients of the clinic for developing the services.</p> <p>The survey was done 23.5.-31.8.2011 and the forms were given to patients at the clinic or posted to home. The main objective of this study was to determine elder customer's opinion on the quality of the operations at the clinic. There were 70 forms and 36 forms was got back (51,4%). The survey material was calculated with Microsoft Office Excel, SPSS and handled by Microsoft Word software. For maintaining the reliability of the survey, the open answers were used as citations.</p> <p>The main result of surveys seemed to indicate that the clients are quite satisfied with the operations at the clinics. The clients are most satisfied with the nurses' professional abilities and they have confidence for treatment. In the open answers, clients told that they appreciate clinic personnel and patient feels that the services are important. The developing should aim to get the services easier at the clinic and the services should be made known better.</p> <p>In the future it could be useful to study the both customers and their next of kins' opinions on the services. The personnel at the clinics can develop the quality of services, and evaluate functions at the clinics with the results of this bachelor's thesis.</p>			
Subject headings, (keywords) senior patient of mental health services, quality of nursing at polyclinics, customer satisfaction survey			
Pages 65 + appendices		Language Finnish	
URN			
Remarks, notes on appendices			
Tutor Sinikka Brunou, Tiina Kuru		Bachelor's thesis assigned by Etelä Savo health care district, the clinic of Moisio psychogeriatrics	

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	1
2 MOISION PSYKOGERIATRIAN POLIKLINIKKA.....	2
2.1 Poliklinikan toiminta.....	3
2.1 Poliklinikan arvot ja periaatteet	3
2.2 Muistikuntoutusryhmä	4
2.3 ECT- hoito (sähköhoito)	5
3 AVOPALVELUN LAATU.....	6
3.1 Palveluympäristö.....	8
3.2 Palveluiden saatavuus	9
4 ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY	10
5 IKÄÄNTYVÄ MIELENTERVEYSASIAKAS	11
5.1 Fyysinen ikääntyminen	13
5.2 Sosiaalinen ikääntyminen.....	16
5.3 Psyykinen ikääntyminen	17
6 PSYKOGERIATRIAN POLIKLINIKAN ASIAKKaidEN YLEISIMMÄT TERVEYSONGELMAT	20
6.1 Masennus ja sen hoito	21
6.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja sen hoito	23
6.3 Skitsofrenia ja sen hoito	25
6.4 Muistisairauksista johtuvat käytösoireet ja niiden hoito.....	26
6.5 Ahdistuneisuushäiriö ja sen hoito	27
6.5 Päihdeongelma ja sen hoito.....	28
6.6 Itsetuhoisuus.....	30
6.7 Yksinäisyys	30
7 TUTKIMUKSEN KULKU JA LÄHTÖKOHDAT	31
7.1 Tavoite ja tutkimuskysymykset.....	31
7.2 Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	32
7.3 Kohderyhmän valinta	33
7.4 Tutkimusaineiston keruu	33
7.5 Aineiston analysointi.....	35

8 ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELYN TULOKSET JA NIIDEN

TARKASTELU.....	36
8.1 Taustatiedot	36
8.2 Palvelun saatavuus ja tarpeellisuus	39
8.3 Tyytyväisyys palveluun	43
8.4 Hoitoympäristön viihtyvyys.....	49
9.5 Mielipiteet ja ajatukset toiminnasta	52
9 POHDINTA	54
9.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	57
9.2 Moision psykogeriatrian poliklinikan kehittäminen ja jatkotutkimusaiheet...	58
LÄHTEET	58

LIITTEET

- 1 Lupahakemus
- 2 Tutkimuslupa
- 3 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Harjajärven ym. (2006) mukaan kunnissa on havaittavissa selkeitä eroja mielenterveyspalvelujen järjestämisessä ja palvelujen monimuotoisuudessa. Valtakunnallinen suuntaus on ikääntyneiden hoitolaitospaikkojen vähentäminen ja tuen suuntautuminen avohuollon palvelujen piiriin. Median välityksellä on välittynyt paljon tietoa siitä, että avohuollon palvelut ovat riittämättömät ja ikääntyneet palaavat takaisin laitoksiin.

2000-luvun alussa Suomessa psykiatrinen palvelujärjestelmä kärsi koordinaation puutteesta sekä oli hajanaista ja hyvin kirjavaa. Avopalvelujen tarjonta lisääntyi, mutta ei riittävästi, koska kysyntää oli entistä enemmän avohoidon puolella. Psykiatriset palvelut siirtyivät erikoissairaanhoidopiireiltä terveyskeskusten toiminnaksi, jonka seurauksena kokonaiskuva aikuisten mielenterveyspalveluista hämärtyi ja pirstaloitui. Asiantuntijat ja tutkijat huolestuivat mielenterveyspalvelujen asemasta sekä eriarvoisuudesta alueellisesti. (Harjajärvi ym. 2006, 19–20.)

MielenMuutos on Pietilän ja Saarenheimon toteuttama (2007–2010) ikäihmisten mielenterveys- ja hyvinvointitutkimus, mikä oli Vanhustyön keskusliiton tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimuksen mukaan ikääntyneiden mielenterveyspoliittinen keskustelu on Suomessa vasta alkamassa, vaikka sillä on jo keskeinen merkitys kansainvälisessä mielenterveyspoliittisessa keskustelussa. Ikääntyneet ovat mielenterveyspoliittisissa kannanotoissa painopisteenä, vaikka tällä hetkellä huoli psyykkisestä hyvinvoinnista kohdistuu pääasiassa nuorempiin ihmisiin. Ikääntyneistä puhutaan mielenterveyspoliittisissa kannanotoissa tärkeänä painopisteryhmänä, vaikka sanomalehtikirjoittelussa huoli psyykkisestä hyvinvoinnista sen sijaan kohdistuu pääasiassa nuorempiin ihmisiin. (Pietilä 2010.)

Ikääntyneiden ihmisten määrä ja tätä myötä palveluiden tarve lisääntyy lähitulevaisuudessa huomattavasti. Kuitenkin ikääntyneille ihmisille tarjotaan palveluja eri ikäryhmistä kaikkein vähiten (Pietilä 2010). Ikääntyneiden mielenterveyspalveluiden saatavuus ja osaaminen ovat lähinnä erikoissairaanhoidon tarjoamaa hoitoa, johon on vaikea päästä. Avohoidon kehittäminen ikääntyville mielenterveysasiakkaille antaa mahdollisuuden varhaiseen avun saamiseen, joka tukee kotona selviämistä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää asiakastyytyväisyyttä toiminnan kehittämiseksi Moisio psykogeriatrian poliklinikalla. Asiakastyytyväisyyttä tarkastellaan palvelun laadun, palvelun saatavuuden ja tarpeellisuuden sekä hoitoympäristön viihtyvyyden näkökulmasta. Avoimien kysymysten avulla asiakkaat saavat mahdollisuuden kertoa kokemuksistaan ja kehittämistoiveistaan tarkemmin sanallisessa muodossa.

Valitsimme kyseisen aiheen, koska olemme kiinnostuneita ikääntyneiden hoidon toteuttamisesta sekä asiakkaiden tyytyväisyydestä saamaansa palveluun. Haluamme työssämme tutkia ikääntyneiden tyytyväisyyttä psykogeriatrian poliklinikan palveluihin. Ikääntyneiden hyvinvointi ja hoidon tasokkuus ovat olleet julkisissa keskusteluissa esillä valtakunnallisissa tilaisuuksissa, ja haluamme työmme avulla tarkastella erityisesti psykiatrisesti sairaiden ikääntyneiden avopalvelun onnistumista. Tulevina sosiaali- ja terveysalan ammattilaisina koemme tärkeänä eri ammattiryhmien yhteistyön asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon ja tuen turvaamiseksi.

Opinnäytetyössä avaamme käsitteitä avopalvelun laatu, asiakastyytyväisyyskysely sekä ikääntyvä mielenterveysasiakas. Kerromme Moisio psykogeriatrian poliklinikan toiminnasta sekä sen tarjoamista palveluista. Perehdymme ikääntymisen tuomiin muutoksiin ihmisessä sekä poliklinikalla asioivien yleisimpiin terveysongelmiin. Kuvaamme työn vaiheita sekä kerromme kyselyn tuloksista. Opinnäytetyön lopussa pohdimme koko työprosessin kulkua sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

2 MOISION PSYKOGERIATRIAN POLIKLINIKKA

Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin kuuluva Moisio sairaala tarjoaa erilaisia palveluja psykiatrisesti sairaille asiakkaille. Psykogeriatrian poliklinikka on vuonna 2010 perustettu ikääntyneille psykiatrisia palveluja tarjoava yksikkö. (Kelemen ym. 2010, 89.) Poliklinikka aloitti toimintansa pienimuotoisesti yhden hoitajan voimin vuonna 2006. Toiminta kehittyi 4.1.2010 ja henkilöstön määrä kasvoi. Poliklinikan perustamiselle oli selkeä tarve, koska ikääntyville henkilöille ei ollut tarjolla riittävästi mielenterveyspalveluja avohoidon puolella. Mikkelin alueella psykogeriatrinen avohoitotyö on uutta. (Väänänen ym. 2011, 14.)

2.1 Poliklinikan toiminta

Poliklinikka toimii läheteperiaatteella. Lähetteen tekijä on lääkäri tai hoitaja. Hoitajan tehdessä lähetteen on asiasta sovittu aina lääkärin kanssa. Lähetteet käsitellään viikoittain ja kiireellisyyden mukaan asiakkaille ilmoitetaan aika poliklinikalle. Ensimmäinen käynti on yleisesti lääkärille, joka kartoittaa tulevan hoidon tarpeen. Jatkossa tapaamiset ovat joko lääkärille tai hoitajalle ja niitä toteutetaan myös kotikäynteinä. (Väänänen ym. 2011, 14.)

Poliklinikan tiimissä työskentelee neljä hoitajaa, mielenterveyshoitaja, osa-aikainen lääkäri, sosiaalityöntekijä sekä psykologi. Lisäksi poliklinikan käytössä on sairaalan terapiatyöntekijöitä. (Psykogeriatrian poliklinikka.) Kotikäyntejä tehdään 20 kilometrin säteellä toimipaikasta ja palvelun tarkoituksena on asiakkaan hoidon tarpeen arviointi, suunnittelu ja toteutus asiakkaan toiveiden mukaisesti. (Kelemen ym. 2010, 89.)

Poliklinikan palveluja tarjotaan maanantaista torstaisin 8.00–16.00 ja perjantaisin 8.00–14.00. Hoitoa tarjotaan poliklinikan tiloissa ja sairaanhoitaja tekee ajoittain myös kotikäyntejä sekä konsultaatiokäyntejä eri hoitolaitoksiin. Psyko- ja toimintaterapeutin palveluja on myös mahdollista saada poliklinikan kautta. Psykogeriatrian poliklinikan toimintaan kuuluu muistikuntoutusryhmän kokoontuminen kahdesti viikossa, maanantaisin ja keskiviikkoisin. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, 2011.)

Yhteistyö erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja muiden tahojen kanssa on tärkeää. Näin tarkoituksenmukainen ja riittävä avohoito turvataan ja asiakas saa tarvitsemaansa hoitoa. Usein asiakkaita siirtyy poliklinikalle osastojakson jälkeen, jolloin kotona asumista pyritään helpottamaan avohoidon keinoin. (Väänänen ym. 2011, 15.)

2.1 Poliklinikan arvot ja periaatteet

Poliklinikan työtä ohjaavat arvot ovat itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, kokonaisuus, oikeudenmukaisuus ja turvallisuus. Asiakkaalla tulee olla oikeus osallistua häntä koskeviin päätöksiin, sekä hänelle kuuluu antaa tarvittava tieto ja tuki hoidon aikana. Voimavarojen tukeminen ja vahvistaminen edistävät asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Jokainen asiakas tulee kohdata ainutlaatuisena yksilönä ja asiakkaalla on valinnanvapaus, mutta samalla vastuu omasta elämästään. Toiminnan perusteena kai-

killa asiakkailla on saada laadukasta ja hyvää hoitoa sekä tasavertaista kohtelua. Palvelujen saamiseksi on laadittu yhtenäiset myöntämisperusteet. Turvallisuuden takaamiseksi on hoitohenkilökunnan oltava koulutautunut ja ammattitaitoinen. Hoitoympäristön turvallisuutta lisäävät myös luottamuksellisuus sekä rauhallinen ympäristö. Kokonaisvaltainen hoito koostuu asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tuen avulla. (Psykogeriatrian poliklinikka.)

2.2 Muistikuntoutusryhmä

Muistikuntoutusryhmä kokoontuu kahdesti viikossa, maanantaisin sekä keskiviikkoisin kello 9.00–15.00. Ohjaajina toimii kaksi sairaanhoitajaa sekä muita ammattihenkilöitä kuten fysioterapeutti, talousopettaja, taideterapeutti ym. Muistikuntoutusryhmän kohderyhmänä ovat kotona asuvat ikääntyvät henkilöt, joiden muistisairaus on vasta todettu tai se on lievässä tai keskivaikeassa tilassa. Edellytyksenä ryhmään pääsyssä on myös, että henkilöt liikkuvat fyysisesti hyvin. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, muistikuntoutusryhmä.)

Muistikuntoutuksen tavoitteena on ylläpitää ryhmäläisten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, ja tiedon lisäämistä dementoivista sairauksista ja kuntoutuksesta asiakkaalle sekä hänen omaisilleen. Myös vertaisryhmän tuki on tärkeä, koska ryhmässä voi jakaa kokemuksia helpommin. Samalla pyritään tarkistamaan sosiaalisten etuuksien tarve. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, muistikuntoutusryhmä.)

Ryhmään tullaan lääkärin läheteellä, neurologian muistipoliklinikan kuntoutusohjaajan tai kotisairaanhoidon dementianeuvojan suositusten perusteella. Jokaiselle kuntoutujalle laaditaan yksilöllinen kuntoutus- ja hoitosuunnitelma sekä arvio kuntoutuksen kestosta. Yleisesti kuntoutusaika on noin vuodesta puoleentoista vuotta. Tilannetta arvioidaan kuitenkin ajoittain ja siksi kuntoutusvaihe voi kestää lyhyemmän ajan. Ryhmästä lähdettäessä pois hoitajat suunnittelevat ja arvioivat tulevaa jatkohoitoa yhdessä muistikuntoutujan kanssa. Lisäksi jokaisesta tehdään loppuarvio, joka kuntoutujan luvalla lähetetään lähettävällä taholla sekä mahdolliseen jatkohoitopaikkaan. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, muistikuntoutusryhmä.)

Muistikuntoutuksen ohjelmarunko on selvästi jäsennelty. Aamulla kello 9.00 päivä alkaa kokoontumisella, jossa keskustellaan viikon tapahtumista sekä tarjotaan mahdol-

lisuus kahdenkeskisiin keskusteluihin hoitajan kanssa. Tämän jälkeen kuntoutujalle tehdään erilaisia muistiharjoituksia sekä annetaan ajoittain pieniä kotitehtäviä muistin ylläpitämiseksi. Kerran kuukaudessa opetuskeittiössä ryhmä valmistaa aterian johonkin tiettyyn teemaan liittyen. Samalla ohjaajat pyrkivät neuvomaan terveellisessä ravinnossa sekä kertaamaan ikäihmisen muistia keittiöaskareissa. Muutoin ruokailut tapahtuvat ryhmätilassa ohjaajien kanssa. Mielikuvarentoutus patjojen päällä leväten on joka viikko tapahtuva ohjelma ruokailun jälkeen. Fysioterapeutti tekee ryhmän alussa jokaiselle kuntoutujalle toimintakykytestauksen, jonka mukaan kullekin annetaan kirjallinen kotiharjoitusohjelma. Mahdollisuuksien mukaan päivän toimintoihin kuuluvat myös keskustelut sairauteen, sopeutumiseen ja jaksamiseen liittyen, sanaristikot, tietovisailut, pelit, maalaus, kankaanpainanta sekä erilaiset askartelut teemoihin liittyen. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, muistikuntoutusryhmä.)

2.3 ECT- hoito (sähköhoito)

Elektrokonvulsiivinen hoito (ECT eli ”sähköshokki”) kehitettiin 1930-luvulla yhdeksi psykiatriseksi hoitomenetelmäksi. Sitä ennen oli havaittu, että epilepsiaa sairastavilla henkilöillä, joilla oli myös psyykkisiä häiriöitä, olo usein parani suuresti epileptisen kohtauksen jälkeen. Kohtauksia alettiin ensiksi aiheuttaa keinotekoisesti ja havaittiin, että eräät potilaat hyötyivät niistä melkoisesti. Lievän sähköjännitteen johtaminen aivojen läpi osoittautui luotettavaksi ja turvalliseksi tavaksi aiheuttaa kouristuksia, ja kyseinen tekniikka otettiin yleiseen käyttöön vuonna 1938. (Nikkola, 2001.)

Sähköhoito tehoaa sellaisiin psykiatrisiin häiriöihin, joissa on katatonisia oireita kuten katatoniseen skitsofreniaan, vaikeaan maniaan ja hidastuneeseen tai kiihtyneeseen masennukseen. Tavallisin sähköhoidon indikaatio Suomessa on masennus. Nykyisin hoito annetaan nukutuksessa. Joissakin tapauksissa somaattinen sairaus voi olla este anestesian käytölle. Hoitoon tarvitaan aina potilaan tai holhoojan suostumus, ellei kyse ole henkeä uhkaavasta tilanteesta. Potilaan yleinen terveydentila (mm. sydänfilmi, keuhkokuva) selvitetään ennen hoidon aloittamista. (Nikkola, 2001.)

Sähköhoito toteutetaan osastojakson loputtua psykogeriatrian poliklinikan toimesta. Asiakas tulee tällöin poliklinikalle päiväkäynnille, jonka aikana hoito toteutetaan Mikkelin keskussairaalassa. Samana päivänä asiakas pääsee kotiin tarvitsematta yöpyä osastolla. (Väänänen ym. 2011, 14.)

3 AVOPALVELUN LAATU

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanastossa (2002) määritellään avopalveluksi sellainen palvelu, jonka antamiseen ei liity yhtäjaksoista ympärivuorokautista palveluvastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä.

Avopalveluja ovat toimintayksiköissä annettavat palvelut, joita voivat olla vastaanotto- ja poliklinikkapalvelut, että toimintayksiköiden ulkopuolella annettavat palvelut. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto 2002.)

Sosiaali- ja Terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto (2008) ovat uudistaneet laatusuositukset, koska niillä on merkittävä tehtävä palvelujen laadun kehittäjänä. Ensimmäinen laatusuositus on laadittu vuonna 2001. Nyt uusituissa laatusuosituksissa on otettu huomioon hallitusohjelmassa tehdyt linjaukset, ikääntymispolitiikan valtakunnalliset tavoitteet, laatusuositusten arviointien tulokset, uusimman tutkimustiedon sekä toimintaympäristön muutokset. Arvioinnin mukaan kuntien ikääntyvien palveluista vastaavat pitivät laatusuosituksia tärkeänä kehittämisen ja suunnittelun välineenä. Uudistetussa ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa on tavoitteena parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta, edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä sekä kasvattaa ikääntyneiden hyvinvointi- ja terveyseroja. Laatusuositus tukee kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluja paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien. Palvelujen järjestäminen ikäihmisten, muiden kuntalaisten, palvelun käyttäjien ja heidän läheistensä, järjestöjen, yrittäjien ja seurakuntien kanssa yhteistyössä lisää vaikuttavuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 9.)

Palvelujen ja laadun kehittämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet, jotka pohjautuvat ikäihmisten palvelujen laatusuositukseen. Ikä-ihmisten laatusuositusten mukaan (2008) keskeisiä ihmisarvoiseen ikääntymiseen kuuluvia eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, yksilöllisyys, osallisuus ja turvallisuus. Ammattihenkilöstön ammattiasemaan liittyy myös vallan käytön mahdollisuuksia, jotka vaikuttavat asiakkaiden elämään. Eettiset periaatteet antavat ammattihenkilöstölle toimintaohjeita työhön. Periaatteiden lisäksi eettisissä ohjeistoissa korostuu erityisesti vastuullisuuden periaate. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 12–13.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa asiakas saa parhaan avun, kun palvelujärjestelmä muodostaa yhtenäisen toimintakokonaisuuden. Silloin asiakkaan on mahdollista saada monipuolisesti avo- ja laitospalveluja, perus- ja erikoispalveluja sekä mielenterveys- ja päihdepalveluja. Palveluvalikoima saattaa ulottua eri hallintoaloille ja porrastuksen tasoille sekä palveluntuottajia on useampia mukana. Asiakkaan on päästävä palvelujen piiriin yksinkertaisesti, jossa hoitojärjestelmän on huolehdittava yksilöllisistä palvelukokonaisuuksista, jotka tulee järjestää ensisijaisesti perus- ja avopalveluita painottaen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 29.)

Peruspalveluiden painottaminen mielenterveys- ja päihdetyöhön on niiden yleisyyden ja kansanterveydellisen merkityksen vuoksi välttämätöntä. Monipuoliset avopalvelut tukevat hyvinvointia ja ovat vaikuttavampia kuin laitospalvelut, koska avopalvelujen tulee olla lähellä ihmistä ja heidän arkeaan. Avopalvelujen painottaminen on tärkeää inhimillisistä, hoidollisista ja taloudellisista syistä. Jos suurin osa kustannuksista käytetään laitospalveluihin, on avopalvelua vaikea kehittää ja toteuttaa riittävässä määrin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 29.)

Mielenterveyspalveluiden laatusuositusten (2001) mukaan asukkaiden mielenterveyttä ja hyvinvointia tuetaan kunnassa tarjoamalla palveluita, jotka ovat helposti saatavilla ja kuntalaisten käytössä. Lisäksi palveluiden saamisessa autetaan kuntalaisia. Jokaisella ihmisellä pitäisi olla mahdollisuus päästä tarkoituksenmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon. Ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen mielenterveyspalveluissa mahdollistaa tasavertaisen palvelun, oikeuden tulla kuulluksi, asiakkaan kunnioittamisen, tiedonsaannin, itsemääräämisoikeuden ja valinnanvapauden sekä vaihtoehdot. Hoidossa on tärkeää toimia suunnitelman mukaan, jossa on määritelty hoidosta vastaava henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 6–7.)

Ensisijaisena hoitona on avohoito, joka suunnitellaan yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa omaisten ja läheisten kanssa. Asiakkaalla on tarvittaessa mahdollisuus myös päästä sairaalahoitoon. Asiakkaan kannalta on tärkeää, että palvelujärjestelmän sisäinen yhteistyö, vastuu ja työnjako ovat selvillä. Mielenterveystyön kokonaissuunnitelmassa määritellään henkilöstön määrä ja osaaminen sekä työssä jaksaminen, jotta asiakas saisi hyvää ja vaikuttavaa palvelua. Toiminnan kehittämiseksi asiakaspalautteet otetaan vakavasti ja toimintaa sekä palveluita seurataan. Lisäksi tehtyjä havaintoja hyö-

dynnetään toiminnan suunnittelussa päämääränä mielenterveystyön kokonaissuunnitelma. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 7–8.)

3.1 Palveluympäristö

Palveluiden saatavuus voidaan jakaa lähipalveluihin, seudullisiin ja laajaa väestöpohjaa edellyttäviin palveluihin. Ikääntyneet tarvitsevat niitä kaikkia, mutta kuitenkin lähipalvelut ovat arjen sujumisen kannalta keskiössä. Ikääntyneille on tärkeää, mitä palveluja on heille tarjolla ja mistä he voivat niitä saada. Lähipalveluja ovat esimerkiksi ehkäisevät palvelut, palvelutarpeen arviointi, kotihoito, omaishoidon tuki ja gerontologinen sosiaalityö. Kun tarvitaan erityisosaamista, käytetään seudullisia palveluja, joita voivat olla dementiaoireista kärsivien erityispalvelut, vanhuspsykiatriseen hoitoon erikoituneet yksiköt tai gerontologista asiantuntemusta antavat yksiköt. Suositeltavaa olisi järjestää harvaan asutuilla alueilla liikkuvia palveluja asiakkaiden luo. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 17.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaan tavoitteena pidetään esteettömiä, turvallisia ja viihtyisiä hoito- ja asumisympäristöjä, joissa asiakkaalle tarjotaan laadukkaita palveluja. Laadukkaiden palveluiden edistämiseksi ikääntyneiden kotona asumisen kehittämiseen, sekä tulevaisuudessa tilatarpeisiin varautumiseen toimivat yhdessä kunnan sosiaali- ja terveys-, asunto-, tekninen ja pelastustoimi. Kotikäynneillä arvioidaan kotihoitoa ja ikääntyneiden asiakkaiden asuntojen muutos- ja peruskorjaustarpeita niiden asiakkaiden kohdalla, jotka kuuluvat ehkäisevien kotikäyntien piiriin. Kotikäynneillä kiinnitetään huomiota esteettömyys-, palo- ja muihin turvallisuuskäsitteisiin, joissa arvioidaan ikääntyneille tarkoitettujen palveluasuntojen ja laitosten tilojen esteettömyyttä sekä turvallisuutta. Arviointitiedon pohjalta laaditaan asumis- ja hoitoympäristöjen uudistustarpeet tärkeysjärjestykseen. Lisäksi asunnoille ja toimitiloille laaditaan parantamisohjelma, jossa panostetaan asiakasystävällistä teknologian hyödyntämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 39.)

Laadukas kotihoito on kuntoutumista edistävää ja ennakoivaa, jossa palvelu on järjestettävä ihmisten omien toiveiden mukaan kotona tai kodinomaisessa ympäristössä. Valtakunnallisesti on tavoitteena, että vuoteen 2012 mennessä yli 75-vuotiaista noin 90 prosenttia asuisi omassa kodissaan itsenäisesti tai arvioinnin jälkeen tarvittavien sosiaali- ja terveysten palveluiden avulla. (Sarvimäki ym. 2010, 25.)

Ikääntyneet elävät ja toimivat yhteisöissä, jotka tarjoavat heille turvaa ja iloa. Yhteisön avulla huonokuntoinenkin ikääntynyt voi hahmottaa todellisuutta monipuolisemmin ja kiinnittyä yhteiskuntaan. Sosiaalisella ympäristöllä on merkittävä osuus ikääntyneiden toimintakyvylle, hyvinvoinnille ja psyykkiselle terveydelle. Sosiaalisen ympäristön muutokset kuten puolison kuolema, asuinympäristön muutos, sosiaalisten suhteiden katkeaminen saattavat johtaa eristäytymiseen ihmissuhteissa ja yksinäisyyteen. (Noppari ym.2005, 48.)

3.2 Palveluiden saatavuus

Pietilän (2011) mukaan ikääntyneet näyttävät syrjäytyvän mielenterveyspalveluista muiden ikäryhmien mennessä heidän ohitseensa. Kyse on osittain siitä, että palveluita ei ole riittävästi, mutta myös asenteista. Käytännössä ikääntyneiden mielenterveyspalveluita ja mielenterveysosaamista ei ole tarpeeksi. Siksi yhteiskunnassa mielenterveyspolitiikassa julkilausutut hyvät tavoitteet jäävät toteutumatta riittävässä määrin. (Vanhustyönkeskusliitto.)

Vanhuspsykiatristen palvelujen saatavuudella on suuria alueellisia eroja monin paikoin. Palveluja on niukasti saatavilla etenkin avohuollon palveluiden osalta. Ikääntyneiden määrän kasvaessa Suomessa monissa sairaanhoitopiireissä erityisosaamisen palvelut puuttuvat kokonaan. Vanhuspsykiatriseen osaamiseen esimerkiksi täydennyskoulutukseen tai erikoistumiskoulutukseen ei ole panostettu riittävästi. Kuitenkin on hyviä kokemuksia vanhuspsykiatriaan erikoistuneiden asiantuntijoiden antamasta avusta ja tuesta, joissa palveluita ovat asiakkaiden kotiin tehdyt kotikäynnit ja konsultointiapu ikääntyneiden hoitoyksiköihin. Vanhuspsykiatrian asiantuntijoiden antama apu on lisännyt henkilökunnan työhyvinvointia sekä helpottanut avun hakemista varhaisessa vaiheessa. Erikoissairaanhoidon ennaltaehkäisevään hoitokulttuuriin ei ole aiemmin panostettu, jossa varhainen puuttuminen asiakkaan ongelmiin on estänyt asiakkaan joutumisen sairaalahoitoon. (Kiviharju-Rissanen 2006, 7.)

Psykogeriatrisen yhdistyksen Palkeet-projektin tehtävänä on osaltaan paikata vanhuspsykiatrisen osaamisen puutetta. Palvelujen kehittämistarve ennaltaehkäisevässä työssä on synnyttänyt Palkeet-toimintamallin, jonka tarkoituksena on vanhuspsykiatrian toiminnan kehittäminen ja psyykkisesti sairaiden ikääntyvien auttaminen. Psyykkisten

ongelmien lisääntyessä väestöllä kasvaa myös osaavan henkilökunnan tarve. Tarvetta ei ole vain lääkäreistä, vaan myös muusta henkilökunnasta, kuten sairaanhoitajista. (Kiviharju-Rissanen 2006, 7.)

Kelemen ym. (2010) ovat opinnäytetyössään selvittäneet 15 sairaanhoitopiiriin ja Ahvenanmaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitopalveluja ja niiden saatavuutta. Selvitys kattoi koko Suomen, jonka mukaan psykiatriin avohoitopalveluihin kohdistuvia muutoksia on toteutettu sairaanhoitopiireissä jo vuosia sekä avohoidon kehittäminen näyttäisi jatkuvan aktiivisena tulevaisuudessa. Avohoitopalveluiden saatavuus nähdään strategisesti tärkeäksi ja välimuotoisia liikkuvia toimintamuotoja kehitetään vastaamaan laitospaikkojen vähenemisen kautta syntyvään avohuollon palvelutarpeeseen. Selvityksessä päihdehoidon ja vanhuspsykiatrian palvelut koetaan puutteellisiksi eikä resursseja ole varattu riittävästi ennaltaehkäisevään työhön.

4 ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY

Ikäihmisten palvelun ja hoidon laatusuosittelun (2008) mukaan asiakkaille on turvattava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa eri palveluissa laadun kehittämiseen. Asiakkaalla voi aktiivisimmillaan olla laadun kehittäjän rooli. Asiakas osallistuu omien palvelujensa laadun kehittämiseen asettaen laatutavoitteita, suunnittelee palvelutoteutusta, sekä arvioi palvelua omien voimavarojensa mukaan. Laadun kokijan rooli on jokaisella toimintakyvyltään heikoimmallakin asiakkaalla. Palvelun laatua mitataan asiakastyytyväisyysmittauksilla tai omaisten kautta välittyvän palautteen avulla, jossa asiakkaat ilmaisevat kokemuksiaan. Asiakaspalautetta on kerättävä säännöllisesti ja siitä saatua palautetta on käytettävä hyödyksi palvelun laadun parantamiseksi. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 14.)

Asiakastyytyväisyyskysely mittaa asiakastyytyväisyyttä, joka antaa tietoa myös palvelun laadusta. Kyselyn avulla pyritään parantamaan asiakastyytyväisyyttä ja seuraamaan toimenpiteiden vaikutusta. Tutkimusten avulla selvitetään keskeiset tekijät asiakastyytyväisyydessä, sen hetkinen tyytyväisyystaso, kehittämisen tarpeet ja toimenpiteet sekä kehittymisen seuranta. (Ylikoski 1999, 156.)

Asiakastyytyväisyys sanana tarkoittaa hyvin monen eri asian yhdistämistä. Se voi käsitellä esimerkiksi reagointia asiakkaan pyyntöihin, luotettavuutta, ammattimaisuutta

sekä mukavuutta. Joskus se voi olla näiden kaikkien monimutkainen yhtälö. Suurin asiakastyytyväisyyteen vaikuttava tekijä on asiakkaan käsitys, johon organisaatio ei välttämättä täysin pysty vastaamaan. Kuitenkin on tärkeää, että asiakkaan toiveet ja tarpeet otetaan mahdollisimman hyvin huomioon. Kahden eri asiakkaan käyttämä sama palvelu voi mielipiteiltään erota huomattavasti toisistaan laadullisesti. (Kokkonen, 2006.)

Palvelun laatu, asiakastyytyväisyys ja asiakkaan saama arvo liittyvät olennaisesti toisiinsa ja ovat kaikki vaikuttamassa asiakkaan palvelukokemukseen. Kyseisiin tekijöihin voi vaikuttaa markkinoinnin toimenpitein. Asiakkaan palvelukokemukseen vaikuttaa palveluympäristö, organisaation imago, vuorovaikutustilanteet palveluhenkilöstön kanssa sekä palvelusta peritty hinta. (Ylikoski 1999, 153.)

Asiakastyytyväisyydellä tarkoitetaan positiivista tunnereaktiota palvelukokemukseen, joka syntyy omien odotusten ja kokemusten vertailemisesta. Jos palvelu toteutuu asiakkaan odotusten mukaisesti, on asiakas tyytyväinen palveluun. Jos asiakas on tyytymättömän palveluun, hänen odotuksensa eivät ole täyttyneet ja hänelle syntyy negatiivinen tunnereaktio. Asiakas voi jopa lakata käyttämästä organisaation palveluja. Lisäksi huonosta kokemuksesta kerrotaan yleensä myös tuttaville. Myös palvelun tuottajan kannalta negatiivinen viestintä on haitallista. (Ylikoski 1999, 10.)

5 IKÄÄNTYVÄ MIELENTERVEYSASIAKAS

Mielenterveyslain (1990) (1§) mukaan ”mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä”. (Mielenterveyslaki 1990.)

Mielenterveystyössä ikääntyneiden mielenterveyspalveluihin sekä vanhuusiän mielenterveysongelmien tunnistamiseen on käytetty vähiten resursseja, vaikka väestön nopea ikääntyminen tapahtuu nopeimmin. Lisäksi nopea ikääntyminen on selvästi nähtävissä kaikissa kehittyneissä teollisuusmaissa. Vaikka kehitys tiedetään jo vuosia etukäteen, ei siihen silti ole varustauduttu tietotaitoa kehittämällä ja palveluja visioimalla lähitulevaisuudessa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2006.)

Ikääntyvää mielenterveysasiakasta tutkiessa ja hoitoa suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon myös asiakkaan mahdolliset somaattiset sairaudet. Perusterveydenhuollon tehtävänä olisi ensisijaisesti tutkia ja hoitaa mahdolliset primääriset psykiatriset häiriöt sekä sekundaariset psykiatriset oireet. Suomessa on erikoissairaanhoidon konsultaation tarvetta, mutta sen saatavuus vaihtelee maan eri osien välillä suuresti. Mielenterveysongelmaisilla ikääntyneillä ei ole selkeää hoitopolkua palvelujärjestelmässämme. Palvelujen saatavuuden ja hoidon tarpeen väliin jää harmillisen moni hoitoa vailla oleva ikääntynyt. (Alanen 2010, 1–5.)

Mielenterveys on osa ikääntyneiden ihmisten hyvinvointia ja hyvää vanhuutta. Psykkiset ongelmat ja mielen tasapainoa uhkaavat olosuhteet taas ovat uhkaavia tekijöitä ja tärkeitä haasteita tämän hetken vanhustenhuollossa. Vanhustenhoito on yhä avohoitopainotteisempi ja kyseinen muutos on asettanut mielenterveyden kysymykset aivan uudenlaiseen näkökulmaan. (Saarenheimo 2003, 11.)

Väestön ikääntyminen on kaikille yhteiskunnan alueille ulottuva kysymys, joten sitä ei voida ajatella ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän ja palveluita koskevana haasteena. Ikääntyneiden palvelut eivät toteudu parhaalla mahdollisella tavalla hyvistä linjauksista ja suosituksista huolimatta, jonka tilannekartoitukset ja mediakeskustelu ovat osoittaneet. Palveluiden laadussa ja saatavuudessa on suuria alueellisia eroja, joka johtuu kuntien taloudesta, poliittisesta tahdosta sekä toimintakäytännöistä. Toimintakyvyltään heikentyneen ja haavoittuneen ikääntyneen oikeudet jäävät usein toteutumatta, jonka perusteella vaaditaan palvelujen turvaajaksi lakia ikääntyneiden huoltoon sekä tiukempaa valvontaa. (Sarvimäki ym. 2010, 26.)

Ikääntynyt ihminen on Hyttisen mukaan (2008) aina yksilö, joten ikääntyneet eivät ole yhtenäinen ryhmä vaan joukossa on eri-ikäisiä, 65-vuotiaista yli sadan vuoden ikäisiin miehiin ja naisiin. Joukossa on varsin terveitä ja hyväkuntoisia, joista vain joka neljäs on säännöllisten palvelujen piirissä. Ikääntyneissä on aktiivisia toimijoita ja niitä, jotka eivät toimintakyvyn rajoitteidensa vuoksi pysty osallistumaan yhteisönsä ja yhteiskunnan toimintoihin ilman tukea. Ikääntyneet ovat sosioekonomiselta asemaltaan erilaisia, koska joukossa on hyväosaisia ja syrjäytyneitä. Ikääntyneet koostuu myös erilaisista etnisistä taustoista. (Voutilainen ym. 2008, 42.)

Kauton (2004) mukaan ikääntyneet koetaan usein eläkekustannusten sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten nostajina, jonka perusteella ikääntyvä ihminen koetaan rasitteena yhteiskunnassa. Ikärakenteen muutoksella on paljon myönteisiä vaikutuksia, jonka perusteella ikääntyviä ihmisiä kannattaisi tarkastella mahdollisuuksien ja resurssien näkökulmasta. Koskisen (2004) mielestä ikääntyneillä on sosiokulttuurisia ja ympäristöön liittyviä sekä henkisiä voimavaroja. Ikääntymisen myötä korostuu hiljaisen tiedon ja muistelun merkitys, jonka välittäjänä ikääntyneet toimivat. (Sarvimäki 2010, 27.)

Ikääntyneillä ovat samat inhimilliset perustarpeet kuin muissakin elämänvaiheissa. Ikääntynyt tarvitsee turvallisuutta, itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia, rakastetuksi tulemistä ja seksuaalisuutta. Ikääntyessä ihminen on yksilöllisimmillään. Hän on oman elämänsä ja terveytensä paras asiantuntija sekä ainutlaatuinen persoona. Ikääntynyt tulkitsee menneisyyttään, nykyhetkeään ja tulevaisuuttaan omista arvoistaan ja kokemuksistaan käsin. (Vallejoja ym. 2005 11–12.)

Heikkinen ym. (2006) tekivät havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiventailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Ovatko 65–69-vuotiaat aiempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Tutkimuksessa olivat mukana ikääntyneet vuosina 1914–1923 syntyneet jyvaskyläläiset masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja yksinäisyyttä kokevat henkilöt. Tutkimuksessa haastateltiin 635 henkilöä vuonna 1988, 410 henkilöä vuonna 1996 ja vuonna 2004 kolmannessa vaiheessa vastaajia oli yhteensä 220. Tutkimuksessa ilmeni ikääntyneiden selviytymisen, toimintakyvyn ja aktiivisuuden sekä hyvinvoinnin lisääntyminen tutkimuksen aikana. (Heikkinen ym. 2006.)

5.1 Fyysinen ikääntyminen

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa kykyä selviytyä tilanteista, jotka vaativat esimerkiksi liikkumiskykyä, aistien toimintakykyä, fyysistä voimaa, motorisia taitoja tai tasapainoa. (Aejmelaesus ym. 2007, 14.) Tarkasteltaessa ikääntymisen vaikutusta toimintakykyyn gerontologisen tieteen näkökulmasta on toimintakyky yksilön kykyä selvitä elinympäristönsä päivittäisistä toiminnoista, sekä yksilön kokemusta omasta toimintakyvystään suhteessa aiempaan toimintakykyyn ja ikäistensä toimintakykyyn. Ikäänty-

neen kokemukseen vaikuttaa se, miten hän psyykkisesti sopeutuu ikääntymiseensä. (Noppari ym. 2005, 46.)

Hyttinen (2008) toteaa, että ikääntyessä fyysiset muutokset tapahtuvat hitaasti eivätkä johdu ensisijaisesti ulkoisista syistä. Osa muutoksista on helposti havaittavia rakenteellisia muutoksia ja osa ilmenee vasta kriisitilanteissa. Ihmisen näkemys itsestään ja omasta persoonastaan muuttuu elämän aikana. Myöhäisessä keski-ikässä ihminen alkaa kokea elämänsä jäljellä olevana elinaikana. On tärkeää, että ihminen tiedostaa elämänsä keskeisen päämäärän ja sen, miten päämäärä on toteutunut tähän mennessä, nyt ja tulevaisuudessa. Nykyisessä ilmapiirissä moni ikääntyvä kuitenkin omaksuu itsestään, kyvyistään ja asemastaan negatiivisen käsityksen, jolloin hänen on vaikea luoda itsestään positiivista kuvaa. Olosuhteet luovat pohjaa masennukselle. (Voutilainen ym. 2008, 42.)

Ihmisen fyysiset ja psyykkiset piirteet muuttuvat useiden vuosien kuluessa ikääntyneen piirteiksi. On vaikeaa määritellä tarkka aika, jolloin ihminen on iäkäs. Kronologista ikää pidetään ikääntymisen mittapuuna eli sitä kuinka iäkäs ihminen on. Ikä ja fyysiset muutokset eivät aina kulje kuitenkaan yhdessä. 70-vuotiaat voivat olla ”hyvinsäilyneitä” tai voivat näyttää tyypillisiltä ikääntyneiltä. (Stuart-Hamilton 1996, 17–18.)

Ikääntyminen käsittää monia fysiologisia, biokemiallisia ja molekylaarisia muutoksia, joiden seurauksena elimistön toimintakyky heikkenee, kyky vastustaa sairauksia pienenee ja kuoleman todennäköisyys kasvaa (Heikkinen 1995). Hermoston muutokset vaikuttavat ihmisen koko kehoon ja on erittäin tärkeä säätelyjärjestelmä. Kaikki autonomisen hermoston toiminta heikkenee iän myötä. Ikääntynyt ihminen kestää huonommin fyysistä rasitusta, kuumuutta, kylmyyttä, hapenpuutetta sekä erilaisia sairauksia ja vaikeita traumoja. (Medina-Vallejoja ym. 2005, 22.)

Ikääntyessä näössä ja kuulossa tapahtuu erilaisia muutoksia. 70-vuotiailla näön ja kuulon vanhenemismuutokset eivät juuri tuota vaikeuksia päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. 90-vuotiailla muutokset voivat olla jo niin voimakkaat, että seurauksena voi olla vaikeudet arjessa selviytymiseen ja tästä johtuvaa sosiaalisen kanssakäymisen rajoittumista. (Ranta 2004, 29.) Tasapainoelin rappeutuu ikääntyessä ja ikääntyneet ihmiset kaatuvat nuorempia helpommin. Maku- ja hajuaisti myös heikkenee, joka ai-

heuttaa ikääntyneille ihmisille ruokahaluttomuutta. (Medina-Vallejoja ym. 2005, 23–24.)

Ikääntyessä luusto muuttuu. Luukudos uusiutuu koko elämän ajan. Luun määrä saattaa heikentyä ja vähentyä 40 ikävuoden jälkeen, jolloin miesten luumassa alkaa vähetä puoli prosenttia ja naisten yhden prosentin vuodessa. Tämän vuoksi ikääntyneen ihmisen luusto on vaarassa sairastua osteoporoosiin eli luiden haurastumiseen ja tällöin myös murtumariski kasvaa. Liikunnan puute ja tupakointi lisäävät luun haurastumisriskiä. (Medina-Vallejoja ym. 2005, 24.)

Lihaskvoima heikkenee ikääntyessä ja se saattaa olla keskeinen toiminnanvajauksien riskitekijä. Lihaskvoima alkaa heiketä 50. ikävuoden jälkeen noin yhden prosentin vuosivauhtia ja 65. ikävuoden jälkeen se heikkenee vuodessa noin puolestatoista kahteen prosenttiin. Naisten lihaskvoima heikkenee miehiä nopeammin vaihdevuosiin liittyvien hormonaalisten muutosten takia. Useissa eri tutkimuksissa on havaittu, että liikuntaa harrastavilla iäkkäillä ihmisillä on enemmän lihaskvoimaa kuin liikunnallisesti passiivisilla samanikäisillä henkilöillä. (Sipilä ym. 2003.)

Sydän ja verisuonisto muuttuvat ikääntyessä. Sydämen maksimaalinen suorituskyky heikkenee ja riski sairastua sydämen vajaatoimintaan lisääntyy. Sydämen minuuttivolyymi pienenee, sydämen läpät kalkkeutuvat ja verisuoniston seinämät paksunevat. Ikääntyessä verenpaine nousee, erityisesti systolinen eli yläpaine. (Medina-Vallejoja ym. 2005, 24.)

Hengityselimet altistuvat helpommin infektioille, koska yskänheijaste heikkenee iän myötä. Ikääntyessä keuhkoissa kimmoisuus vähenee, hengityslihaksissto ei ole yhtä voimakas ja rintakehä jäykistyy. Tästä johtuen maksimaalinen uloshengityksen huippuvirtaus (PEF) ja keuhkojen vitaalikapasiteetti pienenee. Ikääntyessä iho kuivuu, ryppeyyntyy, ohenee ja haurastuu. Verenkierron hidastumisen takia iho kalpenee, haavat eivät parane nopeasti, hien erityis vähenee ja lämmönsäätely heikkenee. (Medina-Vallejoja ym. 2005, 24–25.)

5.2 Sosiaalinen ikääntyminen

Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat yksilön vuorovaikutussuhteet ja hänen toimintansa erilaisissa yhteisöissä ja yhteiskunnassa. (Aejmelaus ym. 2007, 14.) Sosiaalista toimintakykyä on vaikea erottaa psyykkisestä toimintakyvystä, koska ne ovat osittain päällekkäisiä käsitteitä. Sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella resurssiongelmana, jolloin sitä voidaan mitata esimerkiksi sosiaalisilla resursseilla, ystävyys- ja perhesuhteilla, tuloilla ja koulutuksella. Sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella myös yhteiskuntaan sopeutumisen näkökulmalla sekä sosiaalisten roolien näkökulmasta. Sosiaalinen verkosto ja tuki korostuu, kun pidetään yllä ikääntyvien toimintakykyä ja terveyttä. (Noppari ym. 2005, 47.)

Hyttinen (2008) korostaa, että ikääntyneet ovat sosiaalisten muutosten kohdalla yhä heterogeenisempi joukko yksilöllisine pyrkimyksineen, menetyksineen ja toiveineen. Ikääntyminen on aktiivisuuden ja samalla vetäytymisen aikaa. Osalla elämä sujuu hyvin mutta osalla on ongelmia. Ikääntyminen on sosiaalisen integroitumisen aikaa. Monella ikääntyneellä on laaja sosiaalinen verkosto ja erilaisia rooleja verkostossaan. Sosiaalisina voimavaroina voidaan pitää ihmissuhdetaitoja ja sallivuutta. Varallisuus tuo painoarvoa kuluttajina ja vaikuttajina yhteiskunnassa. Tosin mainitut voimavarat eivät kosketa kaikkia. (Voutilainen ym. 2008, 42–47.)

Sosiaalisessa ikääntymisessä käydään läpi ikääntyvän ihmisen ja hänen ympäristönsä tai yhteisönsä välisiä suhteita ja niiden muutoksia. Erilaiset ikääntymiseen liittyvät sosiaaliset muutokset muokkaavat ihmisen ja hänen lähipiirinsä asenteita ja aiheuttavat muutoksia rooleissa. (Medina-Vallejoja ym. 2005, 29.) Sosiaalisessa ikääntymisessä otetaan huomioon ikääntyvän ihmisen koko elämäntulkku. Ikääntymiseen kuuluu erilaisia elämänvaiheita, joihin liittyy menetyksiä ja saavutuksia. (Aejmelaus ym. 2007, 23.)

Hyvä ja toimiva sosiaalinen verkosto edistää psyykkistä ja fyysistä terveyttä sekä alentaa kuolemanriskiä. Jos ikääntyvä henkilö on sosiaalisesti aktiivinen, se pienentää muun muassa toiminnanvajeen, kognitiivisen heikkenemisen ja masentuneisuuden riskiä. Psyykkiset sairaudet ja mielialaongelmat saavat henkilön usein vetäytymään ihmissuhteista ja vaikuttavat vuorovaikutussuhteisiin. (Tiikkainen ym. 2007.)

5.3 Psyykkinen ikääntyminen

Psyykkisen toimintakyvyn käsitteen oleellisimman alueen muodostavat kognitiiviset toiminnot eli tiedonkäsittelyssä tarvittavat toiminnot. Perustoimintoja ovat muun muassa muisti- ja havaintotoiminnot, oppiminen, psykomotoriikka, tarkkaavuus, tilan ja ajan hahmottaminen, kielenkäyttö sekä ohjaus. Ajattelu, suunnittelu, päättely, ongelmanratkaisu ja päätöksenteko ovat hankalimpia ja laaja-alaisimpia kognitiivisia toimintoja, jotka rakentuvat perustoimintojen varaan. Tärkeä osa kognitiivista toimintakykyä ovat myös metakognitiot eli yksilön omat käsitykset, tiedot ja arviot muisti-, oppimis-, ajattelu-, ja havaintotoiminnoistaan. (Suutama 2004.)

Psyykkinen ikääntyminen ei ole rappeutumista vaan kehitystä ja siirtymistä uuteen elämänvaiheeseen. Sitä voisi kuvata kehittymiseksi, kypsymiseksi tai muuttumiseksi. Ihminen joutuu sopeutumaan kaikenlaisiin muutoksiin ja se on käytävä läpi, jotta voi hyväksyä ikääntymisen tuomat rajoitukset ja luopumiset. (Medina-Vallejoja ym. 2005, 25–26.)

Ikääntyneet ihmiset kohtaavat monenlaisia elämänmuutoksia kuten puolison tai lähisukulaisten kuolemaa ja oman terveyden heikkenemistä. Ikääntymisen suurimpia haittapuolia ovat yksin jääminen ja eristäytyneisyys. Jokaisen menetyksen jälkeen henkilön on yritettävä koota itsensä ja sopeutua tilanteeseen voidakseen pysyä tasapainossa. Läheiset ja omaiset ovat ikääntyneen ihmisen suurempia ja tärkeimpiä tukipilareita. (Achte 1993.)

Eläkkeelle jääminen on suuri elämänmuutos. Monet menettävät kontaktin työkavereihin ja menettävät työn mukana tärkeitä ihmissuhteita. Leskeksi ja eläkkeelle jääminen ovat vaikeita asioita ikääntyneille ihmisille. Ne saattavat aiheuttaa monelle taloudellisia ongelmia, sosiaalisen elämän pienenemistä ja harrastuksien vähenemistä. (Medina-Vallejoja ym. 2005, 27.)

Iän myötä keskushermoston toiminta hidastuu ja aiheuttaa tiedonkäsittelyn ja toimintojen hidastumista. Erilaiset fyysiset tekijät ja sairaudet kuten sydän- ja verisuonitaudit ja aivojen sairaudet, voivat vaikuttaa paljon psyykkiseen toimintakykyyn. Nämä eivät koske pelkästään ikääntyneitä ihmisiä vaan ovat iästä riippumattomia. (Suutama 2004.) Psyykkisen ikääntymisen tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa lähimuistin

heikkeneminen ja erilaiset mielialan vaihtelut. Ajan ja paikan tajunta saattaa hämärtyä etenkin vieraassa ympäristössä. (Etzell ym. 1998, 233.)

Ikääntyneen ihmisen psyykkisen toimintakyvyn ja oppimisen edellytyksiä parantavat oman ikääntymisen peruselementtien tunnistaminen, havainnointi sekä niiden oivaltaminen. On ensiarvoisen tärkeää, että henkilö luottaa omaan suorituskyykyyn. (Hervonen ym. 1998, 103.) Henkilön minäkuva ja itseluottamus vaikuttavat psyykkiseen toimintakykyyn. Motivaatio ja myönteinen asennoituminen on tärkeää. Itsenäinen suoriutuminen arkielämässä ja vaativissa tilanteissa onnistuu pitkälle ikääntymiseen, jos henkilö on motivoitunut ja ylläpitää taitojaan. (Suutama 2004.)

Erilaiset aistipuutokset ikääntyneillä, erityisesti näön ja kuulon heikkeneminen, voivat vaikeuttaa havainnontekoa ja tiedonkäsittelyä. Havaintomotoriikka heikkenee tai yleensä ainakin hidastuu ikääntyessä. Hidastuminen alkaa jo nuoremassa aikuisuudessa eikä vasta vanhuuden kynnyksellä. Kymmeniä vuosia sitten on esitetty yleisen hidastumisen hypoteesi, joka selittää havaintomotorista hidastumista nykyisin. Sen mukaan kaikki hermoston toimintaan perustuvat motoriset ja kognitiiviset toiminnot hidastuvat ikääntyessä ja hidastuminen on suurempaa, mitä vaikeimmista toiminnoista ja tilanteista on kyse. (Suutama 2004.)

Muistissa tapahtuu muutoksia ikääntymisen myötä, se heikentyy ja hidastuu. Kun ikääntynyt ihminen sanoo muistinsa huonontuneen, hän saattaa tarkoittaa sillä monia eri asioita. Muistissa on kolme tärkeää ja erilaista toimintaa: sensorinen-, lyhytkestoinen- ja pitkäkestoinen muisti. Sensorinen muisti eli aistimuisti vastaanottaa tietoa erittäin lyhyessä ajassa, tietomäärä on suuri ja tiedon säilytysaika erittäin lyhyt. (Hervonen ym. 1998, 104–105.) Aistimuisti viittaa muistin lyhyimpään muotoon ja tarkoittaa aistien, erityisesti näön ja kuulon avulla hankittua tietoa. (Suutama 2003.)

Ikääntynyttä henkilöä häiritsee kova melu tai puheensorina enemmän kuin nuorempaa henkilöä, koska ikääntyneen sensorinen muisti toimii hitaammin eikä pysty sietämään tarpeettomia ääniä yhtä tehokkaasti. Ikääntynyt ihminen välttelee tilanteita, joissa hän ei välttämättä ymmärtäisi oikein, mitä hänelle sanotaan tai hän ei osaisi kiinnittää huomiota oikeaan asiaan. Esimerkiksi aistimuistin heikkenemisestä liikenteessä on usein ikäviä seurauksia. (Hervonen ym. 1998, 106.)

Työmuisti eli lyhytkestoinen muisti vastaanottaa tietoa lyhyessä ajassa, tallentaa tietoa väliaikaisesti ja häviää noin 20 sekunnissa, jos sitä ei kertaamalla pidä aktiivisena. Työmuisti käsittää kaiken tietoisesta, aivoissa tällä hetkellä tapahtuvan tiedonkäsittelyn. Ikääntyessä työmuistin kapasiteetti pienenee entisestään ja etenkin kyky käsitellä useita asioita yhtä aikaa heikkenee. Uusien asioiden oppiminen vaatii ikääntyessä useampia kertauksia. (Hervonen ym. 1998, 105–106.) Työmuistissa pitää samanaikaisesti säilyttää ja prosessoida uutta ja aiemmin hankittua tietoa. Ikä vaikuttaa heikentävästi työmuistin toimintaan sitä voimakkaammin, mitä vaikeammasta tehtävästä on kyse. (Suutama 2003.)

Pysyvässä eli pitkäkestoisessa muistissa tiedon vastaanottaminen vie melko pitkän ajan ja tieto säilyy rajattoman ajan. (Hervonen ym. 1998, 105.) Aikanaan hyvin opitut taidot esimerkiksi kielitaidot, aikaisemmat taidot ja kokemukset säilyvät yleensä hyvin muistissa iän mukana ja sitä paremmin, mitä enemmän niitä tarvitsee ja käyttää elämän aikana. (Suutama 2003.) Episodinen muisti eli tapahtumamuisti huolehtii sellaisen tiedon kokoamisesta ja muistamisesta, joka on hankittu tietyssä paikassa tiettyinä aikoina ja siihen liittyy henkilökohtainen kokemus tunteineen ja ajatuksineen. Tapahtumamuisti suuntautuu ajallisesti taaksepäin ja sisältää henkilön koko historian kaikkine kokemuksineen. (Suutama 2004.)

Oppimisessa tapahtuu ikääntyessä muutoksia. Tilanteet, joissa joutuu pitkään keskittymään samaan asiaan, ovat ikääntyneille henkilöille vaikeampia kuin nuoremmille. Oppimistilanteissa ikääntyneille ihmisille on vaikeaa, jos uusia tietoja ja taitoja tulee omaksua nopeaan tahtiin. Jos aikaa on riittävästi mieleen painamiseen, tulokset ovat yleensä yhtä hyvät kuin nuoremmillakin. Useita ikääntyneitä ihmisiä oppimisessa auttaa oppimistilanteen rauhallisuus, kiireettömyys ja kertaaminen. (Suutama 2004.)

Psyykkisen toimintakyvyn tukemiseksi on monia erilaisia muotoja. Tärkeitä toimintamuotoja ovat muun muassa uusien asioiden opiskelu ja erilaiset harrastustoiminnat, jotka ylläpitävät kognitiivista toimintakykyä vielä ikääntyneenäkin. (Suutama ym. 2007.)

Erilaiset ikääntymisen tuomat muutokset saattavat altistaa psyykkisille häiriöille. Ikääntyvillä ilmenee usein ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, unihäiriöitä, erilaisia muistiin liittyviä ongelmia sekä vaikeutta huolehtia itsestä. Ikääntyneen ihmisen psy-

kiatrisessa tutkimuksessa ja hoidossa on syytä ottaa huomioon samanaikaiset somaattiset sairaudet ja lääkehoito. (Punkanen, 2001, 164.)

Psyykkisen toimintakyvyn määrittely riippuu pitkälti tarkastusnäkökulmasta, koska käsitteen määrittely ei ole vakiintunut. Psyykkinen toimintakyky voidaan ymmärtää kyvystä selviytyä älyllisistä ja henkisistä ponnistelua vaativista tehtävistä tai hiarkisena, jossa psykofysiologiset toiminnot muodostavat alimman tason ja sen yläpuolelle sijoittuvat kognitiiviset eli tiedolliset prosessit, sosioemotionaaliset tekijät ja psyykkinen hyvinvointi. Fyysisen toimintakyvyn muutokset altistavat psyykkisen toimintakyvyn heikkenemiseen, jossa esimerkiksi liikkumisen vaikeutuminen voi altistaa yksinäisyydelle. (Noppari ym. 2005, 47.)

6 PSYKOGERIATRIAN POLIKLINIKAN ASIAKKAIDEN YLEISIMMÄT TERVEYSONGELMAT

Ikääntyneillä mielenterveyden häiriöt ovat varsin yleisiä. Eri tutkimusten mukaan yli 65-vuotiaista ihmisistä 16–30 prosenttia sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. Ikääntyneillä esiintyy mielenterveyshäiriön lisäksi myös somaattista oireilua, joka liittyy psyykkisiin ongelmiin. Ennuste asianmukaisessa hoidossa on yleensä yhtä hyvä kuin nuoremmillakin henkilöillä. Lääkehoidossa on huomioitava psyykenlääkkeen annostus, koska ikääntyville lääkemäärät ovat pienempiä, koska lääkeaineiden jakautuminen elimistössä muuttuu ihmisen ikääntyessä. (Lepola ym. 2002, 187.)

Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan ikääntyneiden mielenterveys on laiminlyöty alue. Keskustelussa on ilmennyt, että ikääntyneiden mielenterveydestä puhuttaessa keskitytään liikaa dementiaan. On tärkeää huomioida, että mielenterveyden ongelmia on monenlaisia kuten masennus, ahdistuneisuus, skitsofrenia ja päihteiden väärinkäyttö. Kyseisiin ongelmiin on tukipalveluja saatavilla rajoitetusti. Tutkimustulosten perusteella selvisi viisi keskeisintä kehittämisaluetta: syrjinnän lopettaminen, ennaltaehkäisy, priorisointi (asioiden laittaminen tärkeysjärjestykseen), palveluiden lisääminen ja kehittäminen. (Petch 2007.)

6.1 Masennus ja sen hoito

Masennus on yleisin ikääntyneiden mielenterveyden häiriö. Terveystieteissä kiinnitetään enemmän huomiota ikääntymisen myötä syntyviin fyysisiin ongelmiin ja monet mielenterveysongelmat tulkitaan vanhenemisen myötä liittyviksi luonnollisiksi prosesseiksi. Tästä johtuen masennus on edelleen alidiagnosoitu. (Sarvimäki ym. 2010, 90.)

Vakavaa masennusta esiintyy 65-vuotta täyttäneillä 2–3 prosentilla ja lievempää masennusta 4–6 prosentilla. Depressio eli masennus on hyvin yleinen dementiaa sairastavilla ikääntyneillä. Alzheimer-potilailla esiintyy vakavaa masennusta jopa 20–30 prosentilla ja lievempää masennusta saman verran. 75-vuotta täyttäneillä masennustilat ovat yleisempiä kuin 64–75-vuotiailla. (Sarvimäki ym. 2010, 91.)

Kokemus masennuksesta on useimmille tuttu. Se on yleisesti seuraus vastoinkäymisestä tai elämän kolhuista. Surun, toivottomuuden ja huonommuuden tunteet ovat masennukselle tyypillisiä piirteitä. Surun lailla myös masennus on normaali reaktio menetykselle. Eroavaisuus masennuksen ja surun välillä on, että suru menee ohi mutta masennus ei. Synkän mielialan jatkuttua viikkoja, on kyseessä varsinainen masennus. (Sarvimäki ym. 2010, 91.)

Masennukseen johtavat syyt voivat olla biologisia, psykologisia tai sosiaalisia. Ikääntyneen ihmisen masennuksen riskitekijät nousevat yleisimmin jo eletystä elämästä. Ikääntyneiden elämässä on ollut paljon masennukseen laukaisevia tekijöitä. Jos identiteetti on perustunut aiemmin ulkoisten asioiden ja saavutusten varaan, ikääntyessä voi paljastua onttoisuus ja olemassaolon tyhjyys. Tämä aiheuttaa masennusta, kokemusta elämän merkittömyydestä sekä elämästä luopumisen halua. (Sarvimäki ym. 2010, 92.)

Masennuksen oireet ikääntyneillä henkilöillä poikkeavat jonkin verran nuorempien oireista. Useimmiten ikääntynyt kärsii mielialan laskusta ja tarmon sekä toimeliaisuuden puutteesta. Asioista nauttiminen ja mielenkiinto niihin ovat selvästi heikentyneet ikääntyneillä. Pienetkin ponnistelut johtavat helposti uupumukseen. Ikääntynyt ei jaksa huolehtia masentuneena itsestään ja vetäytyy omiin oloihinsa. Unihäiriöt ja ruokahalun muuttuminen ovat tavallisia ikääntyneen ajatusmaailman vääristyessä ja hidas-

tuessa. Useimmiten oireet ovat kuitenkin enemmän piilossa ja esimerkiksi vastaanotolla vaikeasti tunnistettavissa. (Sarvimäki ym. 2010, 93.)

Keskittymisongelmat, tarkkaavaisuusongelmat ja ongelmat uuden oppimisessa ja toiminnan ohjauksessa ovat tyypillisiä oireita masentuneella. Kaikenikäiset masennuspotilaat kärsivät muistihäiriöistä, mutta ikääntyneiden depressiossa muistivaikeudet korostuvat huomattavasti. Masennustila laukaisee usein muistioireita. (Sarvimäki ym. 2010, 93.)

Vakavan masentuneisuuden onnistunut hoito lähtee selkeästä diagnoosista. On aina selvitettävä miten vakavaa masennus on, tarvitaanko lääkehoitoa, onko kyseessä toistuvan masennuksen uusi jakso tai löytyykö taustalta fyysisiä tekijöitä. Masennuksen laukaisevia tekijöitä voivat olla fyysinen sairaus, lääkehoito tai päihteet. Hoito perustuu siihen, että häiriötilaan suhtaudutaan sairautena. Tämä antaa potilaalle ja läheisille hallinnan keinoja, lisää toivoa sekä vähentää syyllisyyttä ja turhaa kiukkua. (Turtonen 2006, 19.)

Pitkäjänteisen hoitosuhteen tukena lääkehoito auttaa merkittävästi lähes kaikkia masennuksesta kärsiviä potilaita, mikäli esteenä ei ole fyysistä sairautta tai alkoholiongelmaa. Lääkehoidolla pystytään usein korjaamaan masennusoireita silloinkin, kun vaikean masennuksen taustalla ovat ulkoiset olosuhteet. Lääkkeet katkaisevat tilan pahenemisen ja masennukseen liittyvät kielteiset noidankehät vaihtuvat ajan kuluessa onnistumisen ja hallinnan kokemuksiin. Potilas saa tällöin voimia muuttaa niitä asioita, joita on mahdollista muuttaa sekä kestää asioita, joihin hän ei pysty vaikuttamaan. (Turtonen 2006, 20.)

Riittävän pitkässä kuntouttavassa hoidossa ihmisen sisäinen maailma ja ulkoinen todellisuus saavat uusia myönteisiä sisältöjä ja onnistuneen hoidon jälkeen ihmisellä on vähemmän syitä voida huonosti. Suomessa on käytössä useita kymmeniä lääkkeitä masennuksen hoitoon ja oikean lääkehoidon löytäminen vaatii sekä potilaalta että lääkäriltä sitoutumista ja pitkäjänteisyyttä. Oireiden lievittyminen on lääkehoidon tavoitteena, jotta sosiaalinen kuntoutuminen pääsee hyvin vauhtiin. Perusteellisella hoidolla ihminen selviytyy todennäköisesti myös lääkityksen lopettamisen jälkeen. Oireista toivuttuaan potilaalla on entistä enemmän mahdollisuuksia hyötyä myös psykoterapiasta. (Turtonen 2006, 20–21.)

Masennuksen hoidossa luottamuksellinen hoitosuhde on erittäin tärkeä. Omahoitajasuhde, toivottomuuden lievittäminen ja toivon ylläpitäminen ovat keskeisiä asioita hoidon etenemisen kannalta. Potilas saattaa tarvita paljon apua päivittäisissä toiminnoissa, ja tällöin hoitajan tehtävänä on pyrkiä pitämään toimintakykyä yllä ja kannustaa potilasta toimimaan omatoimisesti mahdollisuuksien mukaan. (Kuhanen ym. 2010, 206.)

Potilaan on otettava vastuuta omasta elämästään, jotta toipuminen on mahdollista. Hoitajan ei tule kuitenkaan olla liian vaativa, koska se voi vahvistaa masennustilaa entisestään. Tällöin potilas voi kokea, ettei pysty vastaamaan hoitajan odotuksiin. Vuorokausirytmiin normalisoiminen on tärkeä osa hoitotyötä. Masentunut henkilö saattaa olla sängyssä koko päivän ja siksi mielekkään tekemisen löytäminen on tärkeää. Liikunta, rentoutus ja erilaiset toiminnalliset ryhmät ovat osa hoidon sisältöä. Aina kuntoutus ei lähde käyntiin suurin askelin, mutta jo pieni kävelylenkki hoitajan kanssa voi tuoda potilaalle hyvänolon tunteen. (Kuhanen ym. 2010, 207.)

6.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja sen hoito

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä luonnehtivat maanisten ja depressiivisten jaksojen vaihtelut. Kyseiseen mielialahäiriöön voi liittyä maanisia, hypomaanisia, sekamuotoisia ja depressiivisiä jaksoja. Yleisimmin potilas on jaksojen välillä oireeton; tosin toistuvien jaksojen myötä jaksojen väliset jäännösoireet yleistyvät. Kaksisuuntainen mielialahäiriö käsitettä käytetään kun potilaalla on esiintynyt useampia sairausjaksoja, joista yksi vähintään on ollut maaninen, hypomaaninen tai sekamuotoinen masennusjaksojen lisäksi. (Lönqvist ym. 2001, 174.)

Hypomaniaa eli lievää maniaa luonnehtii lievä, mutta selkeästi havaittava mielialan nousu sekä samanaikainen tarmo ja toimeliaisuus. Siihen ei kuitenkaan yleensä liity selkeää toimintakyvyn laskua. Keskeistä on, että oireet esiintyvät samanaikaisesti eivätkä ole reaktio johonkin tilanteeseen kuten sosiaaliseen yhteyteen tai päihteiden käyttöön. Oireet poikkeavat selkeästi potilaan tavanomaisesta mielentilasta. Mieliala on lievästi kohonnut ja tunnevirettä korostaa suhteeton hyväntuulisuus, joka jatkuu vuorokausien ajan. Potilaan mieliala voi olla myös jatkuvasti tai ajoittain ärtyisä, erityisesti tilanteissa, joissa hän joutuu kohtamaan rajoituksia tai esteitä toiminnalleen.

(Lönnqvist ym.2001, 174.)

Maaniset jaksot ovat selkeä muutos potilaan normaalissa psyykkisessä toiminnassa. Jaksot kestävät muutamasta päivästä viikkoihin ja johtavat lähes poikkeuksetta sairaalahoittoon. Ennen nykyisiä hoitomuotoja maaniset jaksot kestivät keskimäärin 3–4 kuukautta. Mania on helposti tunnistettavissa. Sitä luonnehtivat loputon, nopeasti vaihtuviin päämääriin kohdistuva suuruusmielikuvien värittävä aktiivisuus, korostunut energisyys ja huomattavasti vähentynyt unentarve sekä vuolaspuheisuus. Ajoittain maniassa oleva henkilö voi olla paitsi euforisen mielikuvan luova, myös samalla voimakkaan ärtyisä. (Lönnqvist ym. 2001, 179.)

Sekamuotoinen jakso sisältää masennusoireita sekä maanissävytteisiä oireita. Oireet vaihtelevat nopeaan tahtiin ja niitä voi esiintyä myös yhdenaikaisesti. Sekamuotoinen jakso voi näyttäytyä hyvin monimuotoisena ja siinä on piirteitä sekä maniasta että masennuksesta. Mielialan voimakkaiden vaihtelujen vuoksi tila on monesti potilaalle hyvin tuskallinen ja kaoottinen kokemus. Vaikeiden kokemusten vuoksi myös itsemurhan vaara kasvaa sekamuotoisessa kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksot eivät eroa tavanomaisesta masennuksesta. Jaksot saattavat olla kestoaltaan hieman lyhyempiä ja niissä esiintyy useasti myös psykoottisia oireita. (Lönnqvist ym. 2001, 180.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa keskeistä on ehkäistä mielialamuutosjaksojen uusiutuminen. Hoidon tavoitteena on saada akuutit oireet lievitettyä ja estää oireiden uusiutuminen parhaalla mahdollisella tavalla. Elämänlaadun parantaminen, sairauden hyväksyminen ja sairaudenhallinta osana elämää ovat keskeisiä tavoitteita hoidon aikana. (Kuhanen ym. 2010, 213.)

Yleensä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat hoidetaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, joka voi toteutua joko avo- tai laitoshoidona. Mielialaoireiden tasaantuessa hoitoa voidaan antaa myös perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Hoidossa yhdistyvät yleensä lääkehoito sekä psykososiaaliset hoidot. Säännöllisen lääkityksen käyttö on erittäin tärkeää uusien sairausjaksojen ehkäisyssä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa on hyvä ymmärtää tekijöitä, jotka vaikuttavat lääkemyönteisyyteen sekä yleiseen tyytyväisyyteen elämässä. Mielialan tasoituttua potilaan

yksinäisyys vähenee, ongelmat sosiaalisissa suhteissa lievittyvät sekä hermostuneisuus, jännitys ja ahdistus vähentyvät. (Kuhanen ym. 2010, 213.)

6.3 Skitsofrenia ja sen hoito

Skitsofrenia eli jakomielitauti alkaa yleisesti jo nuorena aikuisiällä. Se on vakava psykiatrinen sairaus ja skitsofrenia on yleisin psykooseiksi eli mielisairauksiksi luokiteltu sairaustila. Tyypillisiä piirteitä skitsofrenialle ovat ajattelun ja havaitsemisen vääristymät eli harhaluulot sekä aistiharhat. Usein myös tunneilmaisun poikkeavuutta ja latistumista on havaittavissa. Noin yksi prosentti ihmisistä sairastuu skitsofreniaan jossain elämänsä vaiheessa. Miehillä tyypillinen ikä sairastumiseen on 20–28-vuoden ikä ja naisille muutama vuosi myöhemmin. Skitsofrenia voi alkaa jo lapsena tai murrosiässä mutta harvemmin vasta keski-iällä. (Huttunen 2010.)

Skitsofrenian oireet vaihtelevat ihmisillä melko paljon. Myös samalla ihmisellä voi olla sairautensa eri vaiheissa hyvin erilaisia oireita. Yleisimpiä aistiharhoja ovat kuuloharhat, jolloin henkilö kuulee yksittäisiä sanoja tai lauseita puhuttavan. Tyypillisessä kuuloharhassa puheääni kommentoi henkilön käytöstä tai toistaa ajatuksia. Äänet voivat olla tyypiltään uhkaavia tai syyttäviä. Ajoittain ääniä kuuleva henkilö voi keskustella äänten kanssa ja nauraa niille. Näkö-tunto-maku- ja hajuharhat ovat harvinaisempia skitsofreniaa sairastavalla mutta nekin ovat mahdollisia. (Huttunen 2010.)

Harhaluulot eli deluusioiden ovat uskomuksia, joista henkilö pitää itsepintaisesti kiinni. Harhaluulot saattavat hallita henkilön ajatusmaailmaa ja vaikeuttaa suuresti hänen sosiaalista toimintakykyään. Hyvin yleisiä harhaluuloja skitsofreniassa ovat paranoidiset eli vainoharhaiset deluusioiden. Paranoidisille harhoille tyypillistä ovat pelot ja vainotuksi tuleminen. Pelkojen vuoksi henkilö usein eristyy sosiaalisista suhteista. Muita oireita skitsofreniaa sairastavilla ovat ajatusten rakenteen ja puheen häiriöt, ajatusten tarpeeton toistaminen, ajatustoiminnan häiriöt, tahdottomuus ja motivaation puute, kyvyttömyys tuntea nautintoa sekä keskushermoston toiminnan häiriöt. (Huttunen 2010.)

Tavallisesti skitsofrenian oireet puhkeavat jo nuorena aikuisena mutta osalla oireet voivat alkaa vasta myöhemmällä iällä. Käsite myöhään alkavasta skitsofreniasta keksittiin 1940-luvulla kuvaamaan 40–60 ikävuoden välillä alkavia skitsofreniaa muistut-

tavia psykooseja. Myöhään alkava skitsofreniaoireilu on tavallisempaa naisilla kuin miehillä. Ikääntyneillä skitsofreniaa sairastavilla ei yleisesti ole skitsofreniasta johtuvia negatiivisia oireita, mutta vanhuksilla toimintakyky heikentyy erityisesti toiminnanohjauksen alueella. (Erkinjuntti ym. 2006, 258–259.)

Myöhään alkavaa skitsofreniaa ja sen hoitoa on tutkittu vähemmän kuin varhain alkavaa. Sosiaaliseen eristäytymiseen ja aistivajeisiin vaikuttaminen ja asianmukaisten, päivittäisiä toimintoja tukevien apujen järjestäminen kuuluvat tärkeänä asiana hoidon perusasioihin. Erilaiset oirehallintamenettelyt, behavioraalis-kognitiiviset lähestymistavat voivat osoittautua hyödyllisiksi hoitomuodoiksi iäkkäillä henkilöillä. Lääkehoidossa tulee huomioida lääkeannosten suuruus, koska ikääntyneillä annokset ovat huomattavasti pienempiä kuin keski-ikäisillä. (Erkinjuntti ym. 2006, 259–260.)

Skitsofreniapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen painopiste on viime vuosikymmenen aikana siirtynyt yhä enemmän laitoksista avohoidon puolelle. Psykiatrinen avohoito sisältää lääkehoidon lisäksi potilaan ja läheisten yksilöllisten tarpeiden mukaan psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Kuntoutuksessa korostuu samanlaisena pysyvä päivä- ja viikko-ohjelma. Turvalliset vuorovaikutussuhteet sekä yhteisöön kuuluminen ovat myös tärkeä osa hoitoa. (Skitsofreniainfo.)

6.4 Muistisairauksista johtuvat käytösoireet ja niiden hoito

Muistisairauksista johtuvia käytösoireita ilmenee jopa 90 prosentilla potilaista, jotka aiheuttavat hoidollisia ongelmia ja haasteita. Oireet ovat joskus ohimeneviä mutta joillakin ne voivat jatkua jopa vuosia. Käytösoireiden arvioinnissa tulee huomioida, liittyykö oire fyysiseen sairauteen, kipuun tai onko sillä yhteyttä potilaan ympäristöön tai vuorovaikutuksen vaikeuteen. Oireet on hoidettava silloin, kun ne rasittavat potilasta tai heikentävät kykyä huolehtia itsestään sekä vaikuttavat sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja toimintakykyyn. (Erkinjuntti ym. 2010, 485.)

Muistisairaiden ensimmäisenä oireena voi esiintyä masennusta. Kognitiivisten toimintojen heikentymistä on tärkeä seurata henkilöillä, jotka hakeutuvat hoitoon masennuksen vuoksi. Vaikeasti masentuneella henkilöllä ilmenee paljon kognitiivisia ongelmia, jotka voidaan korjata masennuksen asianmukaisella hoidolla. (Erkinjuntti ym. 2010, 92.)

Apatia on melko yleinen mutta huonosti tunnettu käytösoire muistisairaalla, jolla tarkoitetaan tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä sekä mielenkiinnon menettämistä. Apatian oireita ovat syvä passiivisuus, aloitekyvyttömyys ja psykomotoriikan hidastuminen. Levottomuuteen eli agitaatioon kuuluu epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänenkäyttöön liittyvää käyttäytymistä. Kyseiseen käyttäytymiseen potilaalla on yleisesti jokin mielekäs syy kuten kipu, huono-olo, suru tai masennus, jota on ulkopuolisen vaikea tunnistaa jos ei potilas pysty sitä itse ilmaisemaan. (Erkinjuntti ym. 2010, 93.)

6.5 Ahdistuneisuushäiriö ja sen hoito

Ahdistuneisuutta esiintyy muistisairaille neljä kertaa enemmän kuin ei muistisairaille, joka ei liity mihinkään tiettyyn tilanteeseen vaan olo on jatkuvasti kireä, levoton, jännittynyt ja huolestunut. Psykoottisina oireina potilailla ilmenee yleisimmin näkö- ja kuuloharhoja. Näitä oireita ei kuitenkaan esiinny enää Alzheimer-taudin loppuvaiheessa, koska aivot ovat jo niin rappeutuneet, etteivät pysty tuottamaan psykoottista oireilua. Oireet esiintyvät tyypillisesti jaksoina ja psykoottisten oireiden ilmaantuminen on muistisairauden nopean etenemisen merkki. (Erkinjuntti ym. 2010, 94.)

Muistisairauden edetessä potilailla ilmenee persoonallisuuden muutoksia kuten saittuutta, mustasukkaisuutta tai pelokkuutta. Joissakin tapauksissa ilmenee aivan uusia piirteitä kuten kiltti voi muuttua pahansuopaiseksi. Muita näkyviä persoonallisuuden muutoksia ovat esimerkiksi arvostelukyvyn heikentyminen, kiusallinen estottomuus, epäsiisteys ja rivo käyttäytyminen. Uni- ja valverytmin ongelmat ovat tyypillisiä ongelmia Alzheimerin-tautia sairastavilla muistiongelmaisilla. Kyseiset oireet johtavat usein potilaan laitoshoitoon, koska omaishoitajat väsyvät ja kärsivät siksi univajeesta. Ongelmat ilmenevät selvimmin alkuyöstä ja pimeään vuorokauden aikaan, jota kutsutaan auringonlaskuilmäksi. (Erkinjuntti ym. 2010, 94–95.)

Seksuaalisina käytösoireina esiintyy sukupuolisen mielenkiinnon häviämistä, jonka puoliso voi käsittää käytösoireeksi. Hyperseksuaalinen käytöshäiriö on harvinaista, joka voi olla häiritsevää koskettelua, julkista masturbointia tai seksuaalista ehdottelua. (Erkinjuntti ym. 2010, 95.)

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan sitä, että muistisairaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Turhaa rajoittamista ja avuttomuuden korostamista pyritään tällöin välttämään. Jäljellä olevaa toimintakykyä pidetään yllä ja mahdollisuuksien mukaan käytösoireiden ilmaantumista yritetään ehkäistä. Hoidossa käytetään apuna psykososiaalisia lähestymistapoja, opastusta sekä vuorovaikutukseen ja potilaan ympäristöön vaikuttamista. (Erkinjuntti ym. 2006, 501–502.)

Kun hoidetaan potilasta lääkkeettömästi, tulevat vuorovaikutustaidot tärkeäksi osaksi hoitoa. Erilaisia suosituksia käytöshäiriöiden hoitoon ovat vähävirikkeinen hoito sekä potilaan turvallisuudesta huolehtiminen. Myös potilaan voimavarojen hyödyntäminen on tärkeää ja tällöin henkilö voi tehdä niitä toimia, mihin vielä kykenee. Lievityksenä oireisiin voidaan käyttää tunne- ja virikeorientoituneita terapioita, käyttäytymisterapioiden sovelluksia tai ryhmätoimintoja. (Erkinjuntti ym. 2006, 502.)

Lääkehoidossa tulee ottaa aina huomioon potilaan mahdolliset yksilölliset sivuvaikutuksille altistavat tekijät. Lääkkeiden tarpeellisuutta tulee arvioida säännöllisin väliajoin, koska käytösoireissa tapahtuu muutoksia muistisairauden edetessä.

Alzheimer-taudin lääkkeitä käytetään useasti myös käytösoireiden hallintaan. (Erkinjuntti ym. 2006, 507–509.)

6.5 Päihdeongelma ja sen hoito

Päihdeongelma, joka johtuu alkoholin liikkakäytöstä, on ikääntyneillä ihmisillä tavallinen ongelma. Sen näkyviä ilmenemismuotoja ja oireita ovat mielialanvaihtelut, depressiivisyys, sekavuus, poikkeava käyttäytyminen sekä päivittäisten toimintojen laiminlyöminen. Myös toistuvat tapaturmat voivat olla yleisiä. Ikääntyneiden alkoholin ongelmakäyttöön liittyvät oireet ja sosiaaliset haitat ovat samankaltaisia kuin nuoremmillakin. (Lepola ym. 2002, 197.)

Haitat liiallisesta alkoholin käytöstä ovat ikääntyneillä korostuneita, koska alkoholin jakaantumistilavuus pienenee vanhetessa ja siksi alkoholimäärä aiheuttaa korkeamman veripitoisuuden. Tästä johtuu suuremmat kohde-elinhaitat kuin nuoremmilla. Ikääntyneet henkilöt ovat herkempiä alkoholin päihdyttävällä vaikutukselle, koska heidän elinjärjestelmän reservikapasiteetti on niukentunut. (Lepola ym. 2002, 197.)

Ikääntyneiden ongelmakäytön syynä voi olla nuoremmalla iällä alkanut alkoholismi. Jos taas ongelmajuominen alkaa vasta vanhempana, voi yhteys löytyä ajankohtaisesta menetyskokemuksesta kuten leskeytymisestä. Alkoholismi ilmenee useasti kaatuiluna, mielialahäiriönä tai selviytymättömyytenä arkisista asioista. Riippuvuutta alkoholiin tulee epäillä varsinkin silloin, kun asiakkaalla on todettavissa toleranssi, vieroitusoireita, alkoholinkäytön kontrollin menetys tai sosiaalisia haittoja. Taustatietoja hankkiessa on hyvä kuulla asiakkaan läheisiä ja käyttää hyväksi erilaisia lyhyitä testejä ongelman selvittämiseksi. (Lepola ym. 2002, 197–198.)

Alkoholiongelman hoidossa on monia hoitokeinoja. Yksi niistä on vieroitushoito, jonka tarkoituksena on lievittää pitkittyneen alkoholinkäytön seurauksena tulevia oireita sekä ehkäistä komplikaatioita. Monesti puhutaan kyseisestä hoidosta myös nimellä katkaisuhoido. Hoidon tärkeimpiä asioita ovat oireiden lievitys, vieroituskouristusten ehkäisy sekä mahdollisuus siirtyä psyykkisen riippuvuuden hoitoon. Ikääntyneillä edellä mainittujen tavoitteiden lisäksi on huomioitava kaatumisen sekä muistiongelmien ehkäisy. (Aalto ym. 2008, 1495.)

Psyykkistä riippuvuutta hoidetaan lääkehoidolla, johon Suomessa on käytettävissä kaksi lääkettä, disulfiraami sekä naltreksoni. Käypä hoito-suosituksen mukaan molemmat lääkkeet ovat tehokkaita mutta ikääntyneillä ensisijaiseksi suositellaan naltreksonia, koska se ei vaikuta niin paljon maksa-arvoihin kuin disulfiraami. Psykososiaalisia hoitoja käytetään hyödyksi ikääntyneillä alkoholiongelmaisilla ja niistä ryhmämuotoiset ryhmät ovat osoittautuneet tehokkaimmiksi. Motivoiva haastattelu sekä AA-ryhmät ovat myös paljon käytettyjä ikääntyneillä alkoholisteilla. Motivoivan haastattelun tavoitteena on edistää asiakkaan omaa halua kuntoutua sekä motivoitua muutokseen. AA-ryhmässä korostuu vertaistuki sekä oma hyväksyminen alkoholin käyttöä kohtaan. (Aalto ym. 2008, 1496–1497.)

Usein alkoholin liiakäytön seurauksena myös yleiskunto heikkenee ja taustalla voi olla jonkin sairauden lääkityksen laiminlyönti. Näiden tilanteiden vuoksi laitoshoido on ikääntyneillä usein välttämätön hoitomuoto. Laitoshoidon aikana arvioidaan tarkasti kotiutumisaikankohta, koska liian aikainen kotiutuminen voi johtaa ongelman nopeaan uusiutumiseen. Hoidon tavoitteena on yleiskunnon palautuminen sekä tukeminen ja kannustaminen päihteettömyyteen. (Aalto ym. 2008, 1497.)

6.6 Itsetuhoisuus

Masennukseen liittyy usein huomattavan suuri itsemurhan riski. Itsemurhat harvoin tapahtuvat aivan yllättäen ilman mitään ennakoivia merkkejä. Keskeisiä itsemurhan riskejä ovat mm. masennukseen liittyvä syvä toivottomuus, vaikeat unihäiriöt ja huomattavat keskittymis- ja muistivaikkeudet. Alkoholi- ja päihdeongelma sekä aikaisemmat itsemurhayritykset lisäävät itsemurhariskiä. (Luhtasaari, 2010.)

Erityisesti iäkkäiden henkilöiden yhteydessä puhutaan epäsuorasta itsetuhoisuudesta, jolla tarkoitetaan todennäköiseen ennen aikaiseen kuolemaan johtavaa käyttäytymistä tai elämäntapaa. Henkilö voi olla esimerkiksi välinpitämätön omasta terveydentilastaan, lopettaa syömisen ja juomisen, kieltäytyy lääketieteellisesti aiheellisesta tutkimuksesta ja hoidosta, laiminlyö hänelle tarkoitettuja hoito-ohjeita, käyttää lääkkeitä väärin ja ottaa tarpeettomia riskejä. (Virtanen 1993, 234.)

Iäkkäiden henkilöiden itsemurhavaaraan yhteydessä olevia tekijöitä ovat mm. erilaiset menetykset, yksinäisyys, eristäytyneisyys, somaattiset sairaudet ja masennus. Tekijät ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa siten, että varsinaista yksittäistä syytä on ulkopuolisen henkilön hankala erottaa. (Virtanen 1993, 237.) Masentunut ja vakavasti itsetuhoisin henkilö vaatii välitöntä hoitoa ja seurantaa. Jos hänen todellisuudentajunsa on vääristynyt, hänet on toimitettava sairaalahoitoon tarvittaessa myös tahdonvastaisesti. (Luhtasaari, 2010.)

Itsemurhavaarassa olevan tai itsemurhaa yrittäneen iäkkään henkilön hoidon kulmakiivenä on positiivinen hoitosuhde. Tärkeää on, että hoitaja on hänestä aidosti kiinnostunut, hänestä välitetään, häntä ymmärretään, häntä yritetään auttaa eikä häntä hylätä. Hoitopaikan valinta tulisi tehdä yhdessä asiakkaan ja hänen mahdollisten läheistensä kanssa keskustelemalla avoimesti ja suoraan tilanteesta, kuten siihen johtaneista tekijöistä ja uhkaavista vaaroista. Antidepressiivinen lääkehoito on itsemurhavaarassa olevan ikääntyneen henkilön hoidon tärkeä osa. (Virtanen 1993, 240–242.)

6.7 Yksinäisyys

Yksinäisyyttä pidetään edelleen yhtenä iäkkäiden ihmisten ongelmista. Tutkimusten mukaan yksinäisyydestä kärsii noin 10 prosenttia iäkkäistä. Pitkäaikainen ja syvä yk-

sinäisyys tuottaa suurta kärsimystä ja saattaa vahingoittaa henkilön psyykkistä sekä fyysistä terveyttä. On tärkeää ymmärtää terveen yksinolon ja ongelmaksi tulleen yksinäisyyden välinen ero. Ikääntyneillä yksinäisyydelle altistavat mm. yksin asuminen, erilaiset sairaudet, alentunut toimintakyky, ihmissuhteiden katkeaminen ja konkreettinen seuran puute sekä yhteiskunnan asenteet vanhoja ihmisiä kohtaan. Yksinäisyyden kokemukset liittyvät siis yleensä kontaktien ja sosiaalisten suhteiden puuttumiseen. (Saarenheimo 2003, 103–105.)

Läkäs ihminen voi tuntea itsensä yksinäiseksi, vaikka olisi useiden ihmisen ympäröimä. Joillakin yksi hyvä ja läheinen ihmissuhde voi riittää suojelemaan yksinäisyydeltä. Yksinäisyys voi myös altistaa iäkkään ihmisen monille somaattiselle vaivoille, esimerkiksi kivuille, säryille ja unihäiriöille. On havaittu myös, että yksinäiset iäkkäät henkilöt käyttävät muita enemmän terveyspalveluita. Jotkut jäävät vaille tarvitsemiaan palveluita, koska heillä ei välttämättä ole omaisia, jotka voisivat auttaa palveluiden hankkimisessa. (Saarenheimo 2003, 105–106.)

Yksinäisyyttä voi lievittää useilla eri keinoilla kuten erilaisilla harrastuksilla ja kerhoilla. Toisten ihmisten luona kyläily, matkustelu, elokuvissa ja teattereissa käyminen, ulkoileminen sekä lemmikkieläimen hankkiminen ovat vaihtoehtoja yksinäiselle henkilölle. Myös erilaiset tukihenkilöt, vapaaehtoisjärjestöt sekä kirkon ja eri seurakuntien diakoniatyö auttavat yksinäistä henkilöä tarvittaessa. (Mielenterveyden keskusliitto.)

7 TUTKIMUKSEN KULKU JA LÄHTÖKOHDAT

7.1 Tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää asiakastyytyväisyyttä asiakkaiden näkökulmasta toiminnan kehittämiseksi Moision psykogeriatrian poliklinikalla. Kohderyhmänä ovat poliklinikalla asioivat ikääntyneet mielenterveysongelmia sairastavat henkilöt. Koska poliklinikan toiminta on käynnistynyt vuonna 2010, ovat kehittämistoiveet tärkeitä hoitohenkilökunnalle tulevaisuutta ajatellen. Kyselytutkimuksen avulla saadaan ajankohtaista tietoa asiakkaiden kokemuksista psykogeriatrian poliklinikan toiminnan onnistumisesta asiakkaan tukemisesta avopalvelussa.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten tyytyväisiä psykogeriatrian poliklinikan asiakkaat ovat palvelun saatavuuteen ja tarpeellisuuteen?
2. Miten tyytyväisiä psykogeriatrian poliklinikan asiakkaat ovat saamaansa palveluun?
3. Miten asiakkaat kokevat palveluympäristön?
4. Miten psykogeriatrian poliklinikan palveluja voisi kehittää?

Tutkimuskysymysten avulla haemme vastauksia asiakkaiden tyytyväisyyteen psykogeriatrian poliklinikan toimintaan. Asiakastyytyväisyyskysymyksillä 1–4 saamme vastauksia palvelun saatavuuteen ja tarpeellisuuteen. Asiakkaiden kokemuksia poliklinikan toiminnasta selvitämme kysymyksillä 5–12 ja asiakkaan kokemuksia hoitoympäristöstä kysymyksillä 13–16. Psykogeriatrian toiminnan mahdollisia kehittämistarpeita asiakkaiden mielestä tarkastellaan kysymyksillä 1–17. Tämän asiakastyytyväisyyskyselyn perusteella saamme vastaukset sekä kehittämistarpeet avopalvelun laadusta ikääntyvien mielenterveysasiakkaiden kokemana.

7.2 Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Hoitotyössä ja laajemmin terveydenhuollossa tarvitaan erilaisia koottua tietoa terveyden ja sairauden kokemuksista, hoitokokemuksista ja ihmisen niille antamille merkityksille. Niitä ei voi mitata pelkästään määrällisesti tai tutkia tietoa havainnoimalla vaan tarvitaan ihmisten omia kokemuksia. (Kankkunen ym. 2009, 57.) Kysely toteutettiin määrällisenä sekä laadullisena ja se sisälsi molempien tutkimustapojen piirteitä ja ominaisuuksia. Kyselylomake koostui määrällisistä sekä laadullisista kysymysvaihtoehtoista.

Määrällisen tutkimuksen aineistoa kuvaa tyypillisesti se, että vastaajia on suuri määrä. Tutkimukselle ominaista on myös tiedon strukturointi, mittaaminen, mittarin käyttäminen, tiedon käsittely ja esittäminen numeroin sekä tulosten objektiivisuus. (Vilka 2007, 17.) Tutkimustavaksi valittiin asiakastyytyväisyyskysely, koska tarkoituksena oli selvittää mahdollisimman monen poliklinikan palveluja käyttävän asiakkaan mielipide toiminnasta. Vilkan (2007) mukaan kysely on aineiston keräämisen tapa silloin, kun kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu. Vakioinnissa kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja aivan samalla tavalla. (Vilka 2007, 28.) Moisio psykogeriatrian poliklinikan asiakasmäärät vaihtelevat kausittain ja arvi-

oitu vastausmäärä ennen tutkimuksen alkua oli noin sata vastaajaa, joten oli perusteltua valita tutkimustavaksi kysely.

Kvalitatiivisen tutkimuksen keskeinen merkitys on mahdollisuus lisätä ymmärtämystä tutkimusilmiöstä. Useita hoitamisen ilmiöitä ei voida mitata pelkästään määrällisesti vaan asian ymmärtämiseksi tarvitaan myös ihmisten omia kokemuksia. Hoitotyö sisältää monia sensitiivisiä alueita, joiden tutkiminen ei ole mahdollista kvantitatiivisin menetelmin. (Kankkunen ym. 2009, 57.) Asiakastyytyväisyyskyselyssä Moision psykogeriatrian poliklinikalla vastaajille annettiin mahdollisuus kommentoida kysymyksiä sanallisesti, jotta omat kokemukset ja ajatukset tulisivat parhaiten esille. Näin tulokset ovat laadullisia.

Valittaessa kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä tärkeimpänä asiana korostuvat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset. Tutkittavien lukumäärällä ei ole niin suurta merkitystä kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Osallistujien valintaperusteena käytetään henkilöitä, joilla on paljon tietoa tutkittavasta asiasta. (Kankkunen ym. 2009, 83.) Psykogeriatrian poliklinikan asiakkaat voivat kertoa avoimesti tuntemuksistaan ja kokemuksistaan toimintaa kohtaan, jolloin heidän mielipiteiden avulla toimintaa voidaan parhaiten kehittää.

7.3 Kohderyhmän valinta

Kohderyhmäksi on valittu Moision psykogeriatrian poliklinikan asiakkaat, jotka käyttävät tai ovat käyttäneet psykogeriatrian poliklinikan palveluja. Kysely on suunnattu yli 55-vuotiaille poliklinikan palveluja käyttäville asiakkaille, joiden hoito on päättynyt tai jatkuu yhä.

7.4 Tutkimusaineiston keruu

Kyselylomaketta tutkimusmenetelmänä käytetään täsmällisen tai arviovaraisen tosiasiatiedon keräämiseen. Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä tietoa käyttäytymisestä, käsityksistä, uskomuksista ja toiminnasta ja pyytää myös perusteluja mielipiteelle tai toiminnoille. Tutkija ei vaikuta omalla olemuksellaan vastauksiin. Luotettavuutta parantaa myös se, että kysymys esitetään jokaiselle vastaajalle samassa muodossa. Aikataulut ja kustannukset voidaan arvioida melko tarkasti. Mikäli lomake on

suunniteltu huolellisesti, aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla. (Hirsijärvi ym. 2007, 190.)

Kysely päätettiin toteuttaa lomakkeella (LIITE 2). Kyselyyn vastaava asiakasryhmä koostuu psykogeriatrisista asiakkaista, joten lomakkeella tapahtuva vastaaminen on heille sopivampi tapa. Moision psykogeriatrian poliklinikka kustansi tutkimukseen tarvittavat paperit, kirjekuoret, postimerkit sekä monistamiskulut.

Kyselylomake on tärkeä perusta laadukkaalle ja luotettavalle tutkimukselle ja sen tärkeimmät vaiheet ovat lomakkeen suunnittelu, kysymysten muotoilu ja testaus (Vilkkä 2007, 78). Kyselylomake tehtiin yhdessä poliklinikan henkilökunnan kanssa, koska sen tulee palvella niin kyselyn toteuttajia kuin poliklinikan henkilökuntaa. Poliklinikan henkilökunta kartoitti aihe-alueet, joihin he haluavat vastauksia. Niiden pohjalta laadittiin kyselylomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot. Lomaketta muokattiin useampaan kertaan yhdessä, että kysymykset saatiin helposti ymmärrettävään muotoon iäkkäille asiakkaille ja vastausvaihtoehdot mahdollisimman selkeäksi.

Kyselylomakkeen suunnittelussa oli haastavaa saada yhdistettyä palvelun laatua koskevat kysymykset, että ne palvelisivat psykogeriatrian poliklinikan toiminnan palvelun kehittämistä sekä koulun opinnäytetyöhön liittyviä laatuvaatimuksia. Kyselylomaketta laatiessa aiheeseen paneuduttiin huolellisesti, jotta saataisiin mahdollisimman hyvä pohja onnistuneelle kyselylle.

Aiheeseen liittyviä tutkimuksia tarkasteltiin, jotta saatiin aiheeseen liittyviä kysymyksiä ja jotka sopisivat pohjaksi kyselylomakkeen laatimiseen. Tutkimuksen suunnittelussa on hyvä miettiä kohderyhmää, jolle kysely on tarkoitettu (Hirsijärvi ym. 2007, 194). Asiakkaille on tärkeää varata riittävästi aikaa vastata rauhassa. Kyselylomakkeen on oltava riittävän selkeä. Näin voidaan saada juuri oikeanlainen näkemys kysytyyn kysymykseen.

Kyselylomake on tärkeä testata ennen varsinaisen aineiston keräämistä. Testaaminen tarkoittaa, että tehdään koekysely asiantuntijoille eli kollegoille tai ohjaajille (Vilkkä 2007, 78). Asiakastyytyväisyyslomake testattiin suunnitelmaseminaarissa, jonka jälkeen siihen tehtiin tarvittavia muutoksia. Vastaajina olivat opinnäytetyön opponentit sekä usea (n=10) hoitotyön opiskelija.

Kyselylomakkeen jakelu asiakkaille toteutettiin poliklinikan henkilökunnan toimesta postimerkillä varustetulla palautuskuorella tai poliklinikkakäynnin yhteydessä annettuna. Kyselylomakkeita postitettiin kahdessa osassa, kesäkuussa ja elokuussa, jotta se tavoittaisi mahdollisimman monta palvelun käyttäjää. Asiakastyytyväisyyskyselyn vastaukset osoitettiin palauttamaan psykogeriatrian poliklinikalle suljetussa kirjekuoressa, josta ne haettiin analysoitaviksi. Vilkan (2007, 66) mukaan valmiiksi maksetulla palautuskuorella ja postimerkillä madalletaan kynnystä vastata kyselyyn.

7.5 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeiden palaututtua poliklinikalle aloitettiin lomakkeiden tarkastelu ja käsittely. Saapuneet lomakkeet numeroitiin luvuin 1–36, jotta aineiston käsittely toteutuu järjestelmällisesti. Määrälliseen tutkimukseen kuuluu kolme aineiston käsittelyn vaihetta; lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen numeraaliseen muotoon sekä aineiston tarkistus (Vilka 2007, 105).

Tulosten analysointiin käytettiin kahta eri ohjelmaa, Microsoft Office Exceliä sekä SPSS-ohjelmaa. Taustatiedot 1–6 analysoitiin Microsoft Office Excelin avulla ja muut kysymykset 1–16 SPSS-ohjelmistolla. Avoimet kysymykset kirjoitettiin Microsoft Word tekstinkäsittelyohjelmalle. Syötetyt tiedot tarkastettiin huolellisesti, ettei tietojen käsittelyssä ole tapahtunut virheitä. Tarkastimme sähköisesti kirjoitetut tulokset vielä SPSS-ohjelman Data-define variable properties toiminnon avulla.

Kysymysten 1–16 vastaukset annettiin likert-asteikon avulla. Vastausvaihtoehtoina olivat ”samaa mieltä”, ”osittain samaa mieltä” ja ”eri mieltä”. Haastavan kohderyhmän vuoksi valittiin lomakkeeseen kolme vastausvaihtoehtoa tyypillisemmän viiden sijasta, jonka tarkoituksena oli tehdä lomakkeesta helpommin ymmärrettävä. Lomakkeita tarkastellessa huomattiin, ettei muutama vastaajista ollut ymmärtänyt kaikkia kysymyksiä. Vastaamattomiin kysymyksiin lisättiin SPSS-ohjelmaan oma puuttuva arvo, joka määriteltiin ”ei vastausta”. SPSS-ohjelmaan valittiin vastausten arvoiksi 1=samaa mieltä, 2=osittain samaa mieltä, 3=eri mieltä ja 4=eivät vastausta.

Moodi on jakauman tyypillisin arvo tilanteessa, jossa muuttujan arvot ovat suuruusjärjestyksessä (Kankkunen ym. 2010, 105). Keskiluku eli moodi on tuloksissa selkeästi luku 1 (samaa mieltä). Myös lukuja 2 (osittain samaa mieltä) ja 3 (eri mieltä) on käy-

tetty lähes jokaisessa vastauksessa. Poikkeuksellisesti kysymyksessä ”hoitoon pääsy on ollut helppoa” on selvästi eniten (13,9 %) lukuja 3 (eri mieltä).

Avoimet kysymykset esitetään vastauksissa suorina lainauksina luotettavuuden säilyttämisen vuoksi. Myös asiakkaiden kokemukset ja mielipiteet tulevat tällöin parhaiten esille. Lainausten alussa, välissä tai lopussa merkintä (--) tarkoittaa, että tekstiä on poistettu kyseisestä kohdasta, koska se ei ole ollut oleellista asiayhteydessä. Kursi-voidut tekstit ovat asiakkaiden kirjoittamia, kursivoimattomat sanat on lisätty tekstin ymmärrettävyyden vuoksi.

Asiakkaiden tyytyväisyyttä selvitettiin palveluiden saatavuudesta ja tarpeellisuudesta, tyytyväisyydestä palveluun sekä hoitoympäristön viihtyvyydestä. Myös omia mielipiteitä ja kokemuksia toiminnasta oli mahdollisuus kertoa sanallisesti (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Mittarin muuttujat ja niitä vastaavat kysymykset

Kyselylomakkeen aihekokonaisuudet, joiden mukaan muuttujat on ryhmitelty	Kysymysten numerot lomakkeessa (liite 2)
Taustatiedot	1–6
Palvelun saatavuus ja tarpeellisuus	1–4
Tyytyväisyys palveluun	5–12
Hoitoympäristön viihtyisyys	13–16
Mielipiteet ja ajatukset toiminnasta	17

8 ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELYN TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU

8.1 Taustatiedot

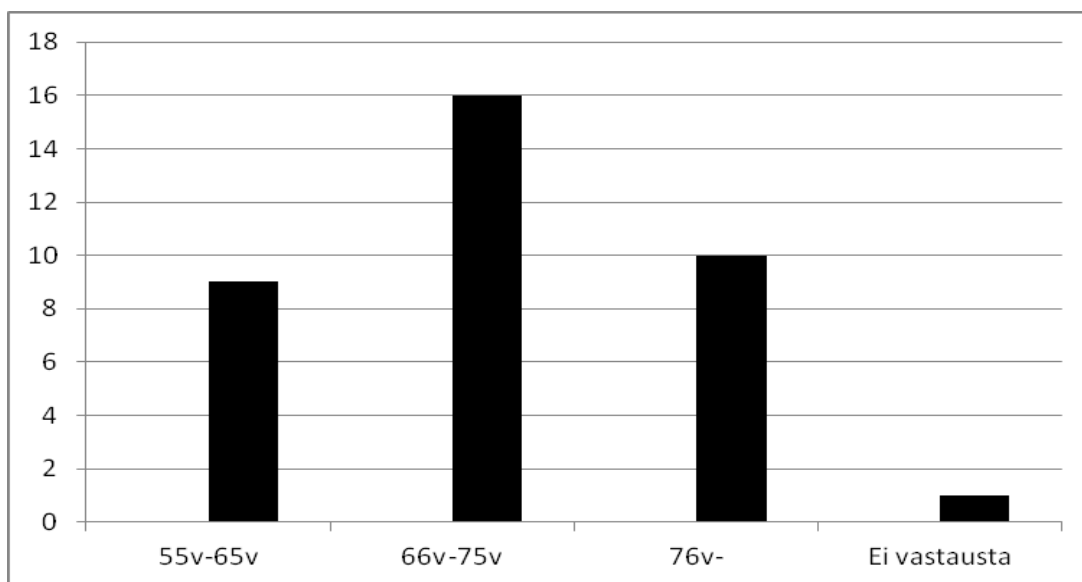
Tutkimus toteutettiin Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Moisio psykiatrian poliklinikalla, joka tuottaa psykiatrisia palveluja ikääntyneille. Kyselyyn valittiin 55 vuoden ikäiset ja sitä vanhemmat poliklinikan palveluja käyttävät tai käyttäneet asiakkaat.

Kysely kesti yhteensä kolme kuukautta ja se toteutettiin 23.5–31.8.2011. Asiakastyytyväisyyskysely lomake tavoitti 70 palvelun piirissä olevaa nykyistä ja entistä asiakas-

ta. Lomakkeista 29 annettiin suoraan asiakkaille ja loput 41 postitettiin. Vastauksia kyselyyn tuli yhteensä 36 kappaletta eli 51,4 prosenttia.

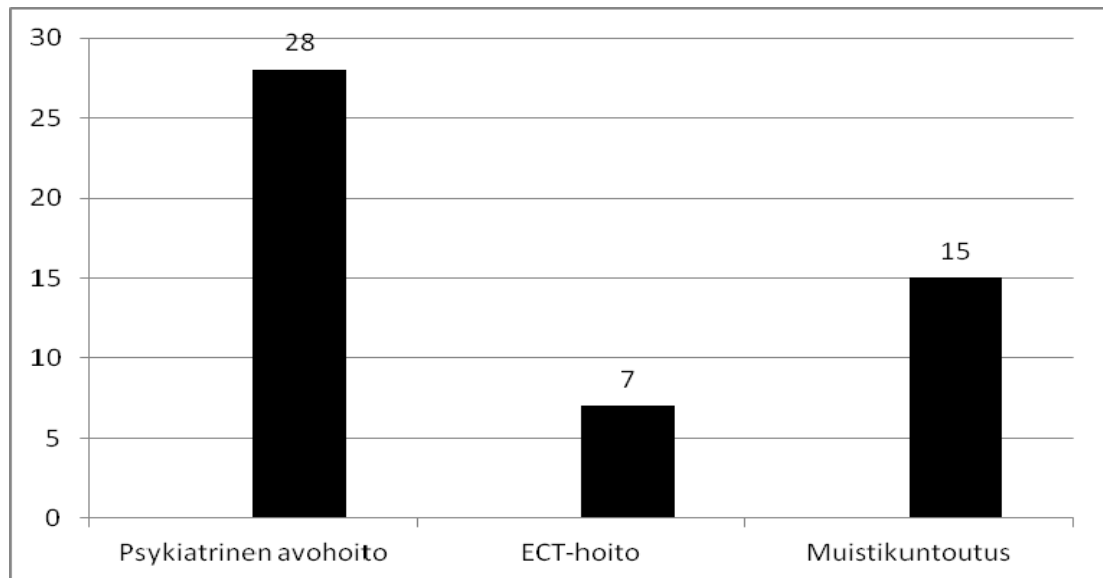
Vastaajista 20 (55,6 %) oli naisia ja 14 (38,8 %) miehiä. Kaksi (5,6 %) lomakkeen palauttaneista ei vastannut sukupuolta koskevaan kysymykseen. Vastaajista 18 (50 %) palvelun käyttäjää täytti lomakkeen itsenäisesti ja 16 (44,4 %) yhdessä omaisen kanssa. Kaksi (5,6 %) lomakkeen palauttaneista vastaajista ei vastannut kysymykseen. Vastaajista 26 (72,2 %) käytti vastaushetkellä poliklinikan palveluja ja 9:llä (25 %) palvelu oli päättynyt. Yksi (2,8 %) ei vastannut kyseiseen kysymykseen.

Vastaajien ikäjakauma jakautui seuraavasti; 55–65-vuotiaat yhdeksän vastaajaa (25 %), 66–75-vuotiaat 16 (44,4 %) ja 76-vuotiaat ja sitä vanhemmat 10 (27,8 %). Yksi (2,8 %) kyselyyn vastanneista ei ilmoittanut ikäänsä (Kuvio 1).



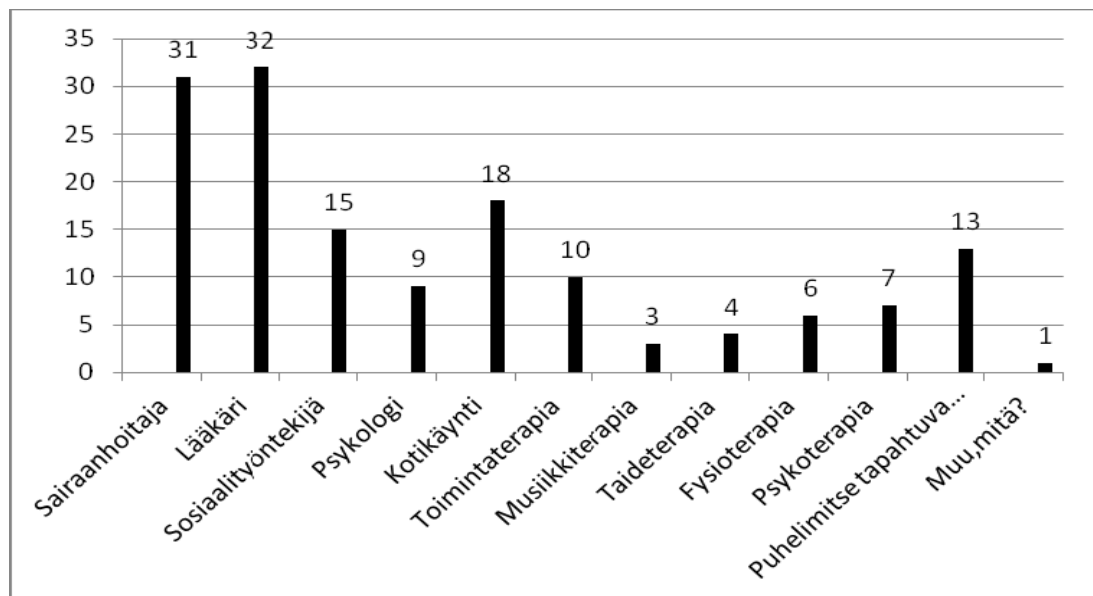
KUVIO 1. Vastaajien ikäjakauma

Psykogeriatrian poliklinikan palveluista enemmistö asiakkaista käytti psykiatrasta avohoitoa 77,8 %. Muistikuntoutusta käytti vastanneista 41,7 % ja ECT- hoitoa (sähköhoitoa) 19,4 %. Tuloksissa on huomioitava, että osa asiakkaista käytti myös useaa hoitomuotoa. Ainoastaan psykiatrasta avohoitopalvelua käytti vastanneista 16 (44,4 %), muistikuntoutusta 8 (22,2 %), ECT- hoitoa yksi (2,8 %), psykiatrasta avohoitoa ja muistikuntoutusta 5 (13,9 %), psykiatrasta avohoitoa ja ECT- hoitoa 4 (11,1 %) ja kaikkia kolmea palvelua 2 (5,6 %). Tulokset on laskettu kyselylomakkeiden vastausten mukaan ja muutettu prosenteiksi (Kuvio 2).



KUVIO 2. Asiakkaiden käyttämät hoitomuodot

Poliklinikan palvelujen käyttö jakautui seuraavasti: lääkäri 88,9 %, sairaanhoitaja 86,1 %, kotikäynti 50 %, sosiaalityöntekijä 41,7 %, puhelimitse tapahtuva yhteydenotto 36,1 %, toimintaterapia 27,8 %, psykologi 25 %, psykoterapia 19,4 %, fysioterapia 16,7 %, taideterapia 11,1 %, musiikkiterapia 8,3 %, ja muu, mitä 2,8 %. Kohtaan muu, mitä? vastannut asiakas oli käyttänyt Muistipoliklinikan palvelua. Vastauksia tarkastellessa on huomioitava, että asiakkaat ovat käyttäneet yhtä tai useampaa poliklinikan tarjoamaa palvelua (Kuvio 3).



KUVIO 3. Asiakkaiden käyttämät palvelut

8.2 Palvelun saatavuus ja tarpeellisuus

Ikääntyvien kannalta tärkeää on palvelujen saatavuudella ja mitä palveluja on tarjolla. Saatavuus voidaan jakaa lähipalveluihin, seudullisiin ja laajaa väestöpohjaa edellyttäviin palveluihin. Ikäihmiset tarvitsevat kaikkia näitä palveluja. Arjen sujumisen kannalta kuitenkin keskiössä ovat lähipalvelut. Lähipalvelut ovat kotiin tuotuja tai ne tuotetaan kodin lähellä. Näitä voivat olla ehkäisevät palvelut, palvelutarpeen arviointi, kotihoito, omaishoidon tuki ja gerontologinen sosiaalityö. Seudullisia palveluja tarvitaan, kun ne edellyttävät erityisosaamista. Seudullisia palveluja ovat esimerkiksi dementiaoireisten erityispalvelut, vanhuspsykiatriseen hoitoon erikoistuneet yksiköt tai gerontologista asiantuntemusta välittävät yksiköt. Asiakkaiden luokse on suositeltavaa järjestää palveluja harvaan asutuilla alueilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008,13.)

TAULUKKO 1. Helppo hoitoon pääsy.

Hoitoon pääsy on ollut helppoa	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	23	63,9
Osittain samaa mieltä	8	22,2
Eri mieltä	5	13,9
Yhteensä	36	100,0

Hoitoon pääsemisen koki helpoksi vähän yli puolet kyselyyn vastanneista. Tuloksissa on huomioitava, ettei psykogeriatrian poliklinikka voi välttämättä vaikuttaa asiakkaan lähetteen saamiseen. (Taulukko 1). Joissakin tilanteissa hoitoon pääsy voi olla hyvin nopeaa ja helppoa.

”Kaksi päivää lähetteen kirj.(oittamisen) jälkeen tuli puhelu, jossa sovimme ensimmäisen kotikäynnin viikon päähän. Upeaa , nopeaa palvelua ainakin meidän äitimme kohdalla.”

Eri tahojen tuki koettiin tärkeäksi, jotta hoitoon pääsy olisi helpompaa. Yksi kyselyyn vastanneista kertoi saamastaan tuestaan näillä sanoilla:

”Omalla kohdallani tuli kutsu muistikuntoutukseen (--) esityön kautta.”

Vaikka suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä siihen, että pääsivät hoitoon helposti, voi palvelun saatavuudesta olla hyvin erilaisia kokemuksia.

”Tuntuu vähän siltä, että jos luonani käyvä sairaanhoitaja olisi ollut kiinnostuneempi mielenterveydestäni, ei niin lukuisia pitkiä sairaalahoitaja olisi tarvittu.(Tämä on vain minun mielipiteeni).”

Kaksi vastaajaa koki poliklinikalle pääsyn vaikeaksi, koska lääkärissä käyntejä oli aivan liian paljon ennen kuin lähete Moisioon kirjoitettiin. Toinen heistä kirjoitti kokemuksistaan näin:

”Lähettävää tahoja oli lähes mahdotonta saada ymmärtämään olemassa oleva avun tarve.”

TAULUKKO 2. Nopea hoitoon pääsy.

Hoitoon pääsy on ollut riittävän nopeaa.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	25	69,4
Osittain samaa mieltä	7	19,4
Eri mieltä	2	5,6
Ei vastausta	2	5,6
Yhteensä	36	100,0

Suurin osa asiakkaista oli kokenut hoitoon pääsyn riittävän nopeaksi, kun lähete poliklinikalle oli kirjoitettu (Taulukko 2). Joskus hoitoon pääsy voi johtua monesta eri asiasta.

”Hoitoon pääsy on monesta asiasta kiinni! Omasta aktiivisuudesta ja lääkäreistä. Usein tiedonpuute!”

Kyselyn vastauksissa ilmaistiin, ettei hoitoon pääsy ole ollut riittävän nopeaa. Usein hoitoon pääsyyn vaikutti lähettävä taho.

”Lähettävän tahon pallottelu kotiin /EA(ensiapuun)/kotiin.” sekä ”Kun (--) oli saatu lähete (kiireellisenä), kutsu 1.(ensimmäiselle) käynnille tuli nopeasti.”

"Alzheimer todettiin -08. Sen jälkeen alettiin puhua kanssa mahdollisesta "muistijumpasta". Pääsin sinne syksyllä -08."

TAULUKKO 3. Palveluiden tiedottaminen.

Palveluista on tiedotettu riittävästi	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	23	63,9
Osittain samaa mieltä	7	19,4
Eri mieltä	2	5,6
Ei vastausta	4	11,1
Yhteensä	36	100,0

Yli puolet vastanneista asiakkaista oli tyytyväisiä poliklinikan palveluista tiedottamiseen (Taulukko 3). Asiakkaat kokivat pääsääntöisesti saaneensa poliklinikalla riittävästi tietoa ja ohjeistusta hoitoon liittyen.

"Tarpeellinen tieto on ollut saatavilla, kysyä voi."

"Minulle annettiin selvästi ohjeistus asiasta, kerrottiin mikä on kaiken tarkoitus."

Vaikka palveluista tiedottaminen koettiin melko hyvin onnistuneeksi, lisää ohjeistusta myös kaivattiin sekä yleistietoa kansankielellä.

"Yleistietoa enemmän kansankielellä sekä ohjausta hoitoon. Potilaat eivät uskalla hakeutua hoitoon itsenäisistä syistä."

Eräässä vastauslomakkeessa ilmeni selvästi, että omaiset olivat täyttäneet kyselyn yhdessä asiakkaan kanssa. He eivät tieneet poliklinikan toiminnasta lainkaan, mutta saivat tiedon muulta taholta.

"Me omaiset emme tienneet lainkaan psykoger.(psykogeriatrian) yksiköstä. Yksit.(yksityinen) lääkäri kertoi ja kehotti hakeutumaan ko.(kyseessä olevan) yksikön hoitoon."

TAULUKKO 4. Poliklinikan toiminnan tarpeellisuus.

Poliklinikan toiminta on tarpeellista.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	33	91,7
Osittain samaa mieltä	1	2,8
Ei vastausta	2	5,6
Yhteensä	36	100,0

Psykiatrian poliklinikka tarjoaa avohuollonpalveluna erikoissairaanhoidon ikääntyville asiakkaille. Suurin osa palvelun piiriin päässeistä asiakkaista kokivat poliklinikan toiminnan tarpeelliseksi. (Taulukko 4). Moni koki saaneensa apua poliklinikalta ja heidän mielestään toiminta on erittäin tarpeellista. Jonkun mielestä toiminta on tarpeellista akuuteissa ongelmatilanteissa.

”Tosi tarpeellista vanhuksille, joilla psyk.(psykiatrisia) ongelmia ja pelkoja ym.(ynnämuuta)”

Vastauksissa ilmeni poliklinikan myönteinen vaikutus myös omaisiin, koska toiminnan avulla he pystyvät viettämään ansaittua vapaapäivää. Eräs asiakas koki vertaistuen tärkeäksi ryhmässä toimiessa.

”Vertaistuki saman sairauden kanssa elävien tovereiden kanssa on tärkeää. Siitä saa uskoa ja toivoa eteenpäin.”

Vaikka toiminnan tarpeellisuus koettiin hyvin onnistuneeksi, kaipasi eräs asiakas enemmän tietoa hoitoon hakeutumisesta.

”Monipuolisemmaksi, läheisemmäksi sekä tietoa enemmän hoidosta, ettei pelkää tulevansa ”leimatuksi”! Enemmän tietoa hoitoon hakeutumisesta.”

Erään vastaajan mielestä poliklinikalla käyntejä oli turhan usein, kun hän kävi siellä kuuden viikon välein. Yksi asiakas kertoi oman paikkakunnan palveluiden tarjonnassa olevan vielä kehitettävää.

”Paikallisella tasolla ei ole ko. (kyseessä olevia) palveluja tarjota.”

8.3 Tyytyväisyys palveluun

Palvelun laatu tarkoittaa miten hyvin tuote, joka voi tavaraa tai palvelua, vastaa asiakkaan odotuksia ja vaatimuksia. Asiakkaan kokemus laadusta muodostuu, millaisen palvelun lopputuloksen hän saa sekä kuinka palveluprosessi sujui. Asiakkaan kokemus siitä, kuinka palvelu toteutetaan voi olla tärkeämpi kuin palveluprosessin lopputulos. Asiakkaan mielikuva organisaatiosta on yksi laadun osatekijöistä, joka vaikuttaa asiakkaan kokemuksiin palvelun laadusta. Laatua voi arvioida vain asiakas eli vastaa-ko laatu asiakkaan odotuksia. (Ylikoski 1999, 118.)

TAULUKKO 5. Poliklinikan henkilökunnan ammattitaito.

Poliklinikan henkilökunta on ammattitaitoista.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	32	88,9
Osittain samaa mieltä	2	5,6
Ei vastausta	2	5,6
Yhteensä	36	100,0

Ikääntyneen asiakkaan hoidossa perusedellytyksinä on työhönsä motivoitunut, eettisesti sitoutunut, ammattitaitoinen ja riittävä hoitohenkilökunta. Henkilökunnan aito kiinnostus ja kiireettömyys asiakkaan kanssa edesauttavat hyvän hoidon toteutumista ja asiakkaan ymmärtämistä. Iän tuomien fyysisten ja psyykkisten toimintojen hidastumisista huolimatta henkilökunnalla tulee olla riittävästi aikaa tapaamisiin, jolloin niistä muodostuu samalla merkittäviä sosiaalisia ja emotionaalisia hetkiä. Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä poliklinikan henkilökunnan ammattitaitoon. Asiakkaat kokivat henkilökunnan mukaviksi ja ystävällisiksi ihmisiksi. Yhdessä vastauksessa asiakas ajatteli, että työnantaja on panostanut henkilöstönsä ammattitaitoon (Taulukko 5).

Eräs vastaajista kuvaili yhden hoitajan ammattitaitoa näin:

”Kun taloon tuli ammattitaitoinen ja työstään ja asiakkaansa tarpeista todella kiinnostunut ihminen, tuntui ihan siltä, että tässä meikäläiselläkin saattaisi olla vielä mahdollisuus inhimilliseen elämään.”

Eräässä vastauslomakkeessa asiakas oli täyttänyt kyselyn yhdessä omaisten kanssa ja he toivoivat, että kaikki hoitajat olisivat yhtä ihania kuin psykogeriatrian poliklinikalla.

”Kaksi äitimme luona käynyttä hoitajaa (olivat) aivan ihania, ammattitaitoisia kuuntelijoita. Äidin ja meidän omaisten yhteinen mielipide! Äitimme toivoo, että kaikki hoitajat olisivat yhtä ihania ihmisiä, kuten psykoger.(psykogeriatrian) poliklinikan hoitajat!!”

Vaikka henkilökunnan ammattitaitoa keuhuttiin paljon, oli eräs asiakas kokenut hoitajien motivaation olevan joskus kadoksissa. Yksi vastaajista toivoi parannusta yhteydenpitoon hoidon jälkeen.

”Toivoisin parempaa yhteyden pitoa hoidon jälkeen, suoraan potilaaseen.”

TAULUKKO 6. Kunnioittava kohtelu.

Kohtelu on ollut kunnioittavaa.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	31	86,1
Osittain samaa mieltä	4	11,1
Eri mieltä	1	2,8
Yhteensä	36	100,0

Lähes yhdeksänkymmentä prosenttia kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että heitä on kohdeltu kunnioittavasti (Taulukko 6). Hoitohenkilökunnan hyvä kohtelu sai paljon kiitosta asiakkailta. Asiakkaat kertoivat kokeneensa henkilökunnan työmotivaation ja asenteet positiivisesti. Palvelua kommentoitiin myös hienostuneeksi ikääntyneitä kohtaan sekä hoitajat olivat kuunnelleet ja hoitaneet asiakkaita hyvin.

” Hienostunutta vanhuksen kuuntelua ja hoitoa. Myös pkl:n (poliklinikan) (--) sympaattinen, kuunteleva, innostunut vanhuksen maailmasta.”

”V.(vuonna) 1968 olin ensimmäisen kerran Moisiossa. Silloin ei otettu huomioon omaa mielipidettä, nyt otetaan.”

Suomen mielenterveysseuran tutkimus Palveluissa pettynyt-kampanja toteutettiin vuonna 2003, joka ei ollut tieteellinen tutkimus vaan tiedonkeruukampanja. Vastauksissa nousi vahvasti esille ihmisten pettymys työntekijän käytökseen ja sanoihin fyysisen ja psyykkisen hoidon aikana. Palveluissa pettynyt-kampanja antoi merkittävää tietoa kuinka apua tarvitsevat kokivat palvelun. Saadun tiedon mukaan asiakkaiden

kokemukset ei anna kovin mairittelevaa kuvaa suomalaisesta auttamis- ja palvelujärjestelmästä. Ammattilaisen itsekritiikki ja oman toiminnan tarkastelu ja arviointi jokaisessa auttamis- ja palvelutilanteessa olisi tärkeää, että työntekijä näkisi työnsä laadukkaana ja tärkeänä. (Lappalainen ym. 2004, 10–11, 42.)

On tärkeää, ettei ihmisiä leimata sairauden vuoksi, vaan heitä kohdellaan samanvertaisina ongelmista huolimatta. Näin kuvailtiin positiivisesti poliklinikalta saatua kohtelua:

”Me olimme ihmisiä ihmisten joukosta, meitä kuultiin ja opastettiin tulevaisuutta varten.”

TAULUKKO 7. Palvelun luottamuksellisuus.

Palvelu on ollut luottamuksellista.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	35	97,2
Osittain samaa mieltä	1	2,8
Yhteensä	36	100,0

Luottamus on hoitotyön onnistumisen edellytys. Jokaisen työntekijän kuuluu sitoutua vaitiolovelvollisuuteen omassa työssään. Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen vahvistaa asiakkaan luottamusta ja turvallisuutta toimintaa kohtaan. Palvelun koki luottamukselliseksi lähes kaikki vastaajat. Vain yksi vastaaja oli kysymyksestä osittain samaa mieltä (Taulukko 7). Luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan ilmaistiin näin:

”Uskon vakaasti, että asiat ovat pysyneet heidän takanaan.”

Ikäihmisten palvelujen laatusuosittelun (2008) mukaan turvallisuus tarkoittaa fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen turvallisuuden luomista. Turvallisuuden periaatetta toteutetaan esimerkiksi turvaamalla sosiaalinen tuki sekä palvelujen saatavuus ja laatu. Palveluntuottajien ja kuntalaisten välillä luottamusta on huolehtia asuin- ja hoitoympäristöjen palo- ja muusta turvallisuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 13.)

TAULUKKO 8. Hoidon turvallisuus.

Hoitoni on ollut turvallista.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	32	88,9
Osittain samaa mieltä	3	8,3
Eri mieltä	1	2,8
Yhteensä	36	100,0

Hoidon turvallisuus on tärkeä osa asiakkaan ja hoitajan välisen yhteyden kehittymistä. Kun asiakas kokee olonsa turvalliseksi, on kuntoutuminen monesti helpompaa. Suurin osa vastaajista koki saaneensa turvallista hoitoa (Taulukko 8). Usea vastaajista ei keksinyt kehittämisen tarvetta hoidon turvallisuudessa, vaan olivat hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Asiakas, joka oli täyttänyt kyselylomakkeen omaisten kanssa, oli kokenut olonsa turvallisemmaksi kuin aikaisemmin hoidon ansiosta.

”Äidin mielipide: pelokas, turvaton olo on pikkuhiljaa hävinnyt melkein kokonaan viiden viikon kotikäyntien ansiosta. Hoitajien läheisyys helpottaa oloa.”

Yksi asiakkaista kertoi sähköhoidon jättävän jälkensä ihmiseen, joka osaltaan vaikutti hoidon turvallisuuteen ja toinen toivoi rohkaisua elämäänsä.

*”Ei ole esiintynyt pelottelua, joka antaisi turvattomuutta. Rohkais-
tais(iin) elämään ”täysillä” mikäli mahdollista!”*

Erään vastaajan mielestä hoidon turvallisuudessa olisi vielä kehitettävää tulevaisuudessa.

”On jotenkin ihmisestä kiinni, kiinnostaako tätä läheisen potilaan pärjääminen vai onko se niin, että hällä väliä, olkoon nyt siellä tai täällä, kunhan palkka juoksee ja hyvin nukuttaa.”

TAULUKKO 9. Hoidon jatkuvuus.

Hoitoni jatkuvuudesta on huolehdittu.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	30	83,3
Osittain samaa mieltä	4	11,1
Eri mieltä	1	2,8
Ei vastausta	1	2,8
Yhteensä	36	100,0

Hoidon jatkuvuus on merkittävä asiakastyytyväisyyteen vaikuttava tekijä. Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä hoidon jatkuvuuteen (Taulukko 9). Asiakkaat olivat saaneet tietoa mahdollisista jatkohoitovaihtoehdoista ja heitä oli ohjattu niiden piiriin.

*”Nyt olen päiväkeskuksessa. Siellä (päiväkeskuksessa) teen savi- ja vaa-
tepuolella kaikkea ihanaa. Lähetys ehdotus (tuli) edellisestä (hoitopai-
kasta). Tähänkin (olen) tyytyväinen.”*

Asiakkaan kokonaishoidon kannalta palvelujen laadun ja vaikuttavuuden turvaaminen edellyttää toimivia palveluketjuja, jotta ikääntyneiden kotona asuminen ja arjen sujuminen onnistuu. Arjen tueksi tarvitaan yhteistä palvelunäkemystä, jossa sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido sekä muut palveluja tuottavat toimivat saumattomasti. Asiakkaalle laadittaessa sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmia sovitetaan palvelujen tavoitteet yhteen, että vältetään päällekkäinen toiminta. Tarkoituksenmukaista on laatia yksi suunnitelma, jonka avulla toteutetaan eri toimijoiden kanssa saumatonta yhteistyötä asiakkaan toimivan ja laadukkaan palvelukokonaisuuden onnistumiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 30.)

Hoidon jatkuvuus herättää asiakkaissa monenlaisia tunteita ja mielipiteitä. Eräs asiakas kertoi hoidon olevan vielä kesken, mutta uskoi hoitosuunnitelman toimivuuteen myös jatkossa. Osaa asiakkaista mietitytti, mitä tulevaisuus tuo tullessaan.

”Haluaisin tietää mitä tulevaisuudessa hoidossani tapahtuu, vai tapahtuuko mitään.”

”Minun kohdallani tämä jatkuvuus on, että eletään päivä kerrallaan ja katsotaan, mitä Luoja tuo tullessaan.”

TAULUKKO 10. Riittävät neuvot.

Hoitoni aikana olen saanut riittävästi neuvoja.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	28	77,8
Osittain samaa mieltä	5	13,9
Eri mieltä	2	5,6
Ei vastausta	1	2,8
Yhteensä	36	100,0

Vastaajista lähes 30 oli sitä mieltä, että he ovat saaneet hoitonsa aikana riittävästi neuvoja (Taulukko 10). Hoitohenkilökunta oli rohkaissut sekä tukenut asiakkaita riittävästi. Keskusteluapu oli koettu positiiviseksi asiaksi kuntoutumisessa.

”Äidin mielipide: antaneet neuvoja miten selvitä pelkotiloista. Keskusteluapu (on) ollut tärkeintä paranemisessa.”

Eräs asiakas toivoi enemmän henkilökohtaista selkeää neuvontaa hoidon yhteydessä ja toinen ei kokenut saavansa neuvoja juuri lainkaan.

”Neuvoja ei ole paljon herunut, olen ollut niin paljon osastoilla hoidossa, tuntuu siltä, ettei yhteistoiminta oikein pelaa. Toivotaan, että tulossa olisi parempaa.”

TAULUKKO 11. Palvelun odotukset.

Palvelu on vastannut odotuksiani.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	26	72,2
Osittain samaa mieltä	7	19,4
Eri mieltä	1	2,8
Ei vastausta	2	5,6
Yhteensä	36	100,0

Asiakkaista 26 koki palvelujen vastanneen odotuksia. Vain yksi vastanneista oli asiasta eri mieltä (Taulukko 11). Vastaanottoaikojen kerrottiin olevan joustavia ja aivojummat sekä liikuntamahdollisuudet koettiin positiivisina asioina hoidon aikana. Myös ongelmissa kuulluksi tuleminen mainittiin positiivisena asiana psykogeriatrian poliklinikalla. Kahdessa vastauksessa ilmeni yllättyneisyys palvelun odotuksia kohtaan.

”Emme osanneet aavistaa miten hyvää palvelua psykoger.pkl (psykogeriatrian poliklinikka) voi antaa!”

Eräs asiakas koki yhden terapiamuodoista tarpeelliseksi, koska ammattihenkilö oli hoitanut asiansa hyvin ja oli osoittanut kiinnostuksensa asiakkaan hoitoa kohtaan ja toi samalla toivoa elämään.

TAULUKKO 12. Riittävä aika tapaamisiin.

Tapaamisiin on varattu riittävästi aikaa.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	28	77,8
Osittain samaa mieltä	4	11,1
Eri mieltä	2	5,6
Ei vastausta	2	5,6
Yhteensä	36	100,0

Vastaajista lähes 80 prosenttia oli tyytyväisiä tapaamisiin varattuun aikaan. Osittain samaa mieltä oli neljä vastaajista ja eri mieltä kaksi (Taulukko 12).. Asiakkaat kokivat keskusteluajan sopiviksi ja he pitivät tärkeänä sitä, että potilaalle annetaan aikaa kertoa asioista. Eräessä kyselylomakkeessa vastaaja toivoi enemmän keskustelua lääkärin kanssa.

”Hoitajat kyllä jäävät keskustelemaan omaisten kanssa potilaan tilasta, että missä mennään. Lääkäreillä on kiire. ”

Keskusteluapu on ikääntyneelle mielenterveysasiakkaalle merkityksellinen hoitomuoto. Asioita saattaa kasaantua paljon kerrottavaksi mutta, kaikilla ei ole ihmistä jolle purkaa ajatuksiaan ja tunteitaan. Siksi ammattihenkilölle puhuminen voi olla ainut mahdollisuus kertoa avoimesti tuntemuksiaan.

”Asioista pitäisi keskustella enemmän, varattava aikaa tarpeeksi.”

8.4 Hoitoympäristön viihtyvyys

Ikäihmisten palvelun ja hoidon laatusuosituksena on Sosiaali- ja terveysministeriön (2001) mukaan, että mahdollisimman moni ikääntynyt saisi asua itsenäisesti omassa kodissaan. Kotona asumista tuetaan riittävillä sosiaali- ja terveyspalveluilla, jolloin ikääntynyt asiakas voi asua tutussa sosiaalisessa - ja asuinympäristössä. Laatusuosituksen mukaan hoidon tulee olla asianmukaista ja asiakasta kunnioittavaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2001, 10.)

Pikkaraisen (2007) mukaan asiakkaan kotiin tuodut palvelut tukevat asiakkaan itsenäisyyttä ja täysivaltaisuutta, jos palvelujärjestelmän rutiinit, ohjeet, säännöt eivät sanele asiakkaan palvelua hänen henkilökohtaisella alueellaan. Palvelun täytyisi olla tarkoituksenmukaista, asiakasta kunnioittavaa, joustavaa ja luovaa. (Sarvimäki ym. 2010, 26.)

TAULUKKO 13. Kotikäynnin tarpeellisuus.

Kotikäynti on tarpeellinen palvelu.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	20	55,6
Osittain samaa mieltä	6	16,7
Eri mieltä	2	5,6
Ei vastausta	8	22,2
Yhteensä	36	100,0

Kotikäynnin tarpeellisuutta ei moni vastaajista ollut kommentoinut lainkaan, koska he eivät olleet käyttäneet kyseistä palvelua (Taulukko 13). Osalle vastaajista kotikäynti oli vasta tulossa tulevaisuudessa. Eräs omainen koki kotikäynnin tarpeelliseksi ja kertoi äitinsä saamasta hoidosta näin:

*”Hienoa, että huonosti liikkuvan näkövammaisen äitimme kotiin palv.(palvelu) talossa on tehty kotikäyntejä. Turvallinen, oma koti luo hyvät puitteet tapaamisille. Olisi hankalaa liikkua inva-taksilla tapaami-
siin esim. Moisioon. Taksimaksu ei kuuluisi SOTE-kortin piiriin.”*

Useassa vastauksessa kerrottiin kotikäynnin tarpeellisuudesta silloin, kun liikuntakyky on joltain osin rajoittunut. Sairaala voidaan joskus kokea myös negatiivisena hoitoympäristönä. Silloin kuntoutus ei välttämättä toteudu toivotulla tavalla. Eräs kyselyyn vastannut koki kotikäynnit positiiviseksi hoidon kannalta.

”Olen niin paljon ollut Moisiossa, että koko sairaala- alue puistattaa minua. On parempi, että tapaamme näin kotiloissa.”

Yksi vastaajista toivoi monipuolisempaa keskustelua ottaen huomioon esimerkiksi potilaan elämäntilanteen. Hän kaipasi useampaa kotikäyntiä ennen hoidon suunnittelun toteuttamista. Hoidon suunnittelua kommentoitiin lisäksi näin:

”Asiakkaan kotiolojen tuntemus on tarpeellista hoidon suunnittelussa.”

Omainen toivoi hoitajien käyvän useammin asiakkaan luona ja ilmaisi avun tarpeen seuraavasti:

”Kotikäynnit ovat valitettavasti ”kiven alla”. Meillä on käynyt vain yhden kerran hoitaja (tms)(tai muu sellainen) katsomassa (--) haavaa. Esim. kynsien leikkaus olisi erit.(erittäin) hyvä, koska hän ei itse siihen pysty, en myöskään minä.”

TAULUKKO 14. Poliklinikan sijainti

Poliklinikan sijainti on hyvä.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	26	72,2
Osittain samaa mieltä	6	16,7
Eri mieltä	3	8,3
Ei vastausta	1	2,8
Yhteensä	36	100,0

Poliklinikan sijainti herätti hieman eriäviä mielipiteitä sanallisissa vastauksissa. Kolme asiakasta oli sitä mieltä, että poliklinikan sijainti ei ole sopiva (Taulukko 14). Osa toivoi, että poliklinikka pysyisi Moisioissa nykyisissä tiloissa ja muutama haluaisi asioida mieluummin kaupungissa. Välimatka omasta kotikunnasta aiheutti kahdelle vastaajalle hieman hankaluuksia, koska taksikyydit ovat kalliita ja liikuntarajoitteisena linja-autokyyti ei ole mahdollinen. Yksi asiakas koki, että kyydin saaminen psykogeriatrian poliklinikalle on liian vaikeaa. Moni vastaaja taas koki, että linja-autoja kulkee paljon keskustasta Moisioon ja eräs asiakas kertoi kulkevänsä taksikyydillä, jonka Kelan korvaus mahdollistaa. Pankkiautomaattien ja kauppojen puuttuminen mainittiin myös yhdessä vastauslomakkeessa. Osaston selkeys ja opasteet saivat myös positiivista palautetta.

”Selkeä osasto, samoin opasteet ensikertalaiselle ja myöhemminkin erittäin tarpeen.”

Yksi vastaajista kommentoi poliklinikan sijaintia koskevaa kysymystä seuraavasti:

”Ihan ok, päättäjät tekevät omat päätöksensä.”

TAULUKKO 15. Poliklinikan tilojen viihtyvyys.

Poliklinikan tilat ovat viihtyisät.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	27	75,0
Osittain samaa mieltä	5	13,9
Ei vastausta	4	11,1
Yhteensä	36	100,0

Kyselyyn vastanneet olivat hyvin tyytyväisiä poliklinikan tilojen viihtyvyyteen (Taulukko 15). Tiloja kuvattiin kodikkaiksi, viihtyisiksi sekä kotoisan näköiseksi. Yleisesti poliklinikan tilojen viihtyvyyttä ei juuri kuvailtu sanallisessa muodossa.

”Olen harvoin käynyt poliklinikalla. Olen käynyt vain lääkärin vastaanotolla. Kyllä se ihan kotoisan näköinen on.”

TAULUKKO 16. Hoitoympäristön rauhallisuus.

Hoitoympäristö poliklinikalla on rauhallinen.	Vastaajat	Prosenttia %
Samaa mieltä	31	86,1
Osittain samaa mieltä	2	5,6
Eri mieltä	1	2,8
Ei vastausta	2	5,6
Yhteensä	36	100,0

Lähes 90 prosenttia vastaajista koki poliklinikan tilat rauhallisiksi hoitonsa aikana (Taulukko 16). Asiakkaiden näkemysten mukaan hoitajat pystyivät hallitsemaan hyvin kiireen näyttämättä sitä asiakkaille. Eräs vastaaja kommentoi hulinaa riittävän isossa porukassa, mutta tarvittaessa poliklinikalta löytyy myös rauhallisia huoneita, missä voi keskustella. Koko sairaalan ympäristö sai kiitosta rauhallisuudesta.

”Moision sairaalan tuntien voimme sanoa, että koko ”miljöö” rauhoittava.”

9.5 Mielipiteet ja ajatukset toiminnasta

Laatukriteerit tulisi määrittää aina asiakkaan näkökulmasta, kuuntelemalla heidän kokemuksiinsa, koska asiakas on aina keskeinen palvelujen laadun arvioija. Arvioidessaan laatua asiakkaat painottavat palvelujen saatavuutta, sujuvuutta, sekä hyvää am-

matillista laatua. Asiakas on myös laadunarvioinnin tulosten käyttäjä, joten he haluavat ja tarvitsevat enemmän näyttöä palvelujen tuottajien laadusta tehdessään päätöksiä ja valintoja palvelujen käytöstä. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000, 13–14.)

Kyselylomakkeen viimeisessä kysymyksessä annettiin vastaajille mahdollisuus antaa palautetta toiminnasta vapaamuotoisesti. Kyselyn palauttaneista vastaajista yli puolet oli kirjoittanut lopuksi palautetta sanallisessa muodossa. Useassa vastauksessa annettiin positiivista palautetta hyvästä hoidosta ja ystävällisestä kohtaamisesta asiakkaita kohtaan. Erään asiakkaan omaiset olivat täyttäneet kyselylomakkeen yhdessä asiakkaan kanssa ja olivat erittäin tyytyväisiä saatuaan tietoa poliklinikan toiminnasta ja palveluista.

”Kiitos, että tällainen hoitoyksikkö tuli tietoomme juuri, kun olimme toivottomia äitimme ”mielenjärkkymisen” hoidon järjestymisestä. Äitimme sanoo ko.(kyseen omaisia) hoitajia ”enkeleiksi”! Tämä kertokoon kaiken tyytyväisyydestämme.”

Eräässä vastauksessa tuli esille huoli hoitajien jaksamisesta hoitotyössä, joka omaisten tulisi myös huomioida.

”Hoitohenkilöstön työ on hyvin raskasta. Omaisten pitäisi ottaa se myös huomioon. Sananlasku (Metsä vastaa, mitä sinne huudetaan.(--))”

Avohoidossa omaisten jaksaminen on myös tärkeässä asemassa. Moni toimii omaishoitajana ja tarvitsee itsekin tukea ja apua arjessa selviämiseen. Eräs vastaajista on kokenut saavansa apua omaishoitajana poliklinikalta.

”Omaishoitajan jaksamisesta on pidetty hyvää huolta.”

Yksinäisyys on monien ikääntyvien ongelma, koska lapset ovat voineet muuttaa eri paikkakunnalle ja myös puoliso on kuollut. Joidenkin elämää piristävät ystävät ja tuttavat, mutta kaikilla ei niitäkään enää ole. Tällöin vertaisryhmän merkitys korostuu entisestään ja tuo elämään sisältöä. Myös omaisen kertomana asiakas on kokenut muistikuntoutusryhmän toiminnan hyödyllisenä, koska se tarjoaa monenlaista toimintaa ja siellä näkee toisia ihmisiä.

”Minä olen todella kiitollinen, että on mahdollisuus terapiaan. Päivää oikein odottaa. Toisten seurassa askartelutöissä unohtuu murheet ja vaivat. Henkireikä elämään, kun on yksinäinen ihminen. Tätä lisää ja kauan.”

Muutama vastaajista otti kantaa poliklinikan sijaintiin. Yksi heistä haluisi säästää Moisio sairaalan nykyisellä paikalla eikä siirtyä kaupunkiin rautatien varteen. Toinen totesi vastauksessaan näin:

”Olen niin tottunut Moisioon, että en tiedä minkälaista on keskussairaalan yhteydessä. (--)”

Yhden asiakkaan mielestä palvelua voisi kehittää opastamalla uuden lääkkeen käytössä ja toinen asiakas ilmaisi mielipiteensä seuraavasti:

”Lääkäriin pääsy (on) vaikeaa. Potilasta pitäisi kuunnella paremmin.”

9 POHDINTA

Asiakastyytyväisyyskyselyn tarkoituksena oli selvittää asiakastyytyvää Moision psykogeriatrian poliklinikalla. Kyselytutkimus onnistui melko hyvin, koska vastauksia palautui yli puolet lähetetyistä. Palautunut vastausmäärä on hyvä ottaen huomioon, että vastaajajoukko koostui ikääntyneistä mielenterveysasiakkaita. Kyselylomakkeen suunnittelua helpotti huolellinen paneutuminen aiheeseen ja toimiminen yhteistyössä poliklinikan henkilökunnan kanssa. Poliklinikan henkilökunnan kanssa tehty yhteistyö kyselylomakkeen suunnittelussa mahdollisti sen, että lomakkeesta tuli poliklinikan sekä opinnäytetyön tekijöiden tarpeita vastaava.

Kyselylomakkeen suunnittelu oli koko opinnäytetyö prosessin haastavin ja aikaa vievin vaihe. Lomakkeeseen oli haastavaa saada yhdistettyä kysymysten asettelu ja vastausvaihtoehdot niin, että ne palvelisivat psykogeriatrian toiminnan kehittämistä sekä opinnäytetyön laatuvaatimuksia. Lisäksi lomakkeen piti olla riittävän selkeä ja helpposti vastattava. Lomaketta muokattiin useampaan kertaan yhdessä poliklinikan henkilökunnan sekä ohjaavien opettajien kanssa, että kysymykset saatiin helposti ymmärrettävään muotoon ikääntyneille asiakkaille. Vaikka kyselylomaketta muokattiin useaan

kertaan helposti ymmärrettävään muotoon, tuli vastauksissa silti esille, että kaikkia kysymyksiä ei ollut ymmärretty.

Kyselystä saatujen tulosten perusteella poliklinikan toiminta ja hoitohenkilökunta sai paljon hyvää palautetta. Hoitohenkilökunta koettiin luottamukselliseksi ja ammattitaitoiseksi. Lisäksi palvelun turvallisuus sai paljon positiivista palautetta. Avoimien vastausten suuri määrä oli positiivinen yllätys. Asiakkaat antoivat paljon kiitosta poliklinikan hoitajien toiminnasta, joka korostui selvästi merkityksellisenä heidän elämässään. Poliklinikan toiminta koettiin tärkeänä, koska ilman avohoitopalvelua useat ajattelivat joutuvansa laitoshoitoon.

Asiakastyytyväisyyskyselyssä vastaajat kokivat palveluiden saatavuudessa olevan kehitettävää Moision psykogeriatrian poliklinikalla. Useassa vastauksessa kerrottiin, että lähetteen saaminen oli hankalaa ja aikaa vievää. Lähetteen saavuttua kutsu poliklinikalle tuli hyvin nopeasti. Asiakkaiden asuessa eri kunnissa ei poliklinikan henkilökunta pysty vaikuttamaan asiakkaiden hoitoon pääsyn nopeuteen tai lähetteen saamiseen. Psykogeriatrian poliklinikan toiminnasta olisikin hyvä tiedottaa enemmän perusterveydenhoitoon, jotta hoitoon pääsy olisi mahdollisesti helpompaa.

Huomioimme vastauksissa, että poliklinikan tilojen viihtyvyyttä koskevaa kysymystä asiakkaat eivät olleet sanallisesti juurikaan kommentoineet. Vastaajista yksikään ei ollut sitä mieltä, etteivät poliklinikan tilat olisi viihtyisät. Pohdimme hoitotilojen merkitystä asiakkaan hoidon onnistumisen kannalta. Tulimme siihen tulokseen, että jos hoitotilat ovat asianmukaiset, asiakkaat eivät kiinnitä fyysiseen ympäristöön paljoakaan huomiota kun hoitosuhde on heidän mielestään onnistunut.

Teoriatiedon kokoaminen opinnäytetyöhön oli monivaiheinen prosessi. Ikääntymiseen ja mielenterveyteen liittyviä tietolähteitä oli runsaasti saatavilla, mutta psykiatrisesta avohoidosta oli tietoa hyvin niukasti. Tutkimuksia psykogeriatrian avohoidosta emme löytäneet vaan pyrimme kokoamaan työhön ikääntyneiden mielenterveyttä käsitteleviä tutkimuksia. Lisäksi tarkastelimme tuloksia mielenterveyden laatuvaatimuksien mukaan.

Opinnäytetyön prosessi kasvatti meidän ammatillista osaamista monella eri osa-alueella. Koska ryhmässämme toimi kolme eri ammattiin valmistuvaa opiskelijaa,

saimme koottua työhön monta eri näkökulmaa asioista. Yksi tärkeä kyky tulevaan ammattiin valmistuessa on kärsivällisyys. Opinnäytetyön eri vaiheissa tuli paljon muutoksia, jotka koettelivat ajoittain kaikkien ryhmäläisten kärsivällisyyttä. Tilanteista kuitenkin selvittiin yhdessä keskustelemalla ja toisten tuen avulla. Pysyimme hyvin aikataulussa ja saimme jaettua eri teoriakokonaisuuksia ryhmän jäsenten kesken. Tietäin väliajoin keräsimme kirjoitukset yhteen ja keskustelimme tuotoksista. Näin pääsimme aina eteenpäin työssä ja pystyimme keskittymään uusiin työn vaiheisiin. Ryhmässä toimiminen kuuluu tuleviin ammatteihimme ja tämä prosessi oli hyvä oppimiskokemus tulevaisuutta ajatellen.

Koimme moniammatillisen työskentelyn yhdeksi vahvuudeksi opinnäytetyön eri vaiheissa. Varsinkin kyselylomaketta suunnitellessa oli tärkeää olla tiiviisti yhteydessä työelämäohjaajien sekä opinnäytetyön ohjaajien kanssa. Heidän kanssaan tehty yhteistyö onnistui hyvin ja opinnäytetyön tekijöiden ja poliklinikan henkilökunnan toiveet saatiin yhdistettyä toimivaksi kokonaisuudeksi. Oli hienoa, että kaikkien mielipiteitä kunnioitettiin ja työstä pyrittiin kokoamaan kaikkien tarpeita vastaava.

Opinnäytetyön prosessin loputtua mietimme ryhmässä, mitä olisimme voineet tehdä toisin työn eri vaiheissa. Jos kysely olisi toteutettu muuna ajankohtana kuin kesällä, olisi vastausprosentti voinut olla korkeampi. Monesti kesällä ihmiset ovat paljon pois kotipaikkakunnaltaan ja viettävät aikaa läheistensä kanssa. Lisäksi omaisille suunnattu kysely olisi saattanut nostaa vastaajien määrää. Työn eri vaiheissa saatu ohjaus aiheutti paljon keskustelua ryhmän kesken, sekä ristiriitaisia ajatuksia. Jälkeenpäin mietimme, että olisimme voineet pitää omista mielipiteistämme enemmän kiinni ja luottaa enemmän omiin kykyihin. Näin olisimme säästyneet turhilta korjaamisilta. Osa ryhmästä ei tuntenut psykogeriatrian poliklinikkaa ja sen kohderyhmää aikaisemmin, joten oli haastavaa koota kokonaisuus opinnäytetyöksi.

Kokonaisuutena opinnäytetyön prosessi oli opettavainen ja vaativa näyttö omasta osaamisesta, minkä aikana tapahtui ammatillista kasvua ja kehitystä. Kyselytulosten ja teoretiedon pohjalta voikin ajatella, että ikääntyvien avohoidon mielenterveyspalveluissa on vielä paljon kehitettävää tulevaisuudessa. Tämä asettaa haasteita vanhusten mielenterveyspalveluista päättävälle valtakunnallisella tasolla.

9.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kanasen (2008) mukaan anonyyminä vastaaminen tarkoittaa sitä, että ulkopuolinen ei pysty tunnistamaan tutkittavaa henkilöä tutkimustuloksista. Tutkimustuloksia ei vääristellä vaan tutkimuksessa pyritään aina totuuteen, vaikka tutkimustulokset eivät aina tyydytä tekijää ja toimeksiantajaa. (Kananen 2008, 134.) Kyselylomakkeen jokaista vastausta oli mahdollisuus perustella sanallisessa muodossa. Lisäksi viimeisessä kysymyksessä numero 17, oli asiakkailta mahdollisuus antaa palautetta vapaasti poliklinikan toiminnasta tai kirjoittaa omia ajatuksia. Kyseiset avoimet vastaukset kirjoitettiin tuloksiin suorina lainauksina luotettavuuden säilyttämiseksi.

Kyselylomakkeen luottavuuden parantamiseksi päätettiin lomake esitellä opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa. Siellä saatujen parannusehdotusten perusteella tehtiin vielä muutoksia kysymysten asetteluun. Kun muutokset oli tehty, tarkistettiin lomakkeen ulkoasu ja kysymykset vielä yhdessä poliklinikan henkilökunnan kanssa.

Tutkimuseettisenä lähtökohtana on, että jokaiselle tutkimukseen osallistujalle turvataan nimettömyys, joka vaatii tutkimuksen tekijältä erityistä tarkkuutta sekä hienotunteisuutta tutkimuksen aikana. Peruslähtökohtana tutkimuseettisesti on, että jokaiselle tutkimuksen toimijalle turvataan nimettömyys. (Kylmä ym. 2007, 152.) Kyselyn vastaajille kerrottiin saatekirjeessä selkeästi vastausten nimettömyydestä sekä kyselytutkimuksen luotettavuudesta. Vastaajille ilmoitettiin lisäksi, että lomakkeet tulevat vain opinnäytetyöntekijöiden käyttöön.

Tutkimuksen kohdistuessa ihmiseen on tärkeää että henkilöille kerrotaan selkeästi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Henkilöille tulee myös kertoa tutkimuksen tarkoitus ja kulku. Osallistuminen tutkimukseen on oltava vapaaehtoista. (Hirsijärvi ym. 2002, 26–27.) Kyselytutkimuksen saatekirjeessä kerroimme asiakkaille kyselyn tarkoituksen sekä opinnäytetyön valmistumisajankohdan. Saatekirjeessä oli myös mainittu selkeästi, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Kyselyn luotettavuus ja eettisyys varmistettiin vastaajien säilymisellä anonyyminä koko prosessin ajan. Psykogeriatrian poliklinikan henkilökunta huolehti asiakastytyväisyyksilomakkeiden jakamisesta palvelunpiirissä oleville asiakkaille postitse tai poli-

kllinikalla asiakkaiden hoitokäyntien aikana. Asiakastyytyväisyyskyselyyn osallistuneiden vastaukset palautuivat psykogeriatrian poliklinikalle suljetuissa kirjekuorissa, josta opinnäytetyöntekijät ne hakivat. Kyselylomakkeet säilytettiin huolellisesti niin, etteivät ne missään vaiheessa olleet muiden kuin opinnäytetyöntekijöiden käytössä. Tulosten analysoinnin jälkeen täytetyt kyselylomakkeet hävitettiin, etteivät ne pääse ulkopuolisten käsiin.

9.2 Moision psykogeriatrian poliklinikan kehittäminen ja jatkotutkimusaiheet

Moision psykogeriatrian poliklinikan toiminta on koettu tarpeelliseksi ikääntyvien mielenterveysasiakkaiden palvelun tuottajana. Palvelun saatavuutta tulisi kehittää tarvetta vastaavaksi. Palveluiden piiriin pääseminen olisi tehtävä mahdollisimman helppoksi ikääntyvien mielenterveysasiakkaiden voimavarat ja valmiudet huomioiden. Palveluista tiedottamista tulisi lisätä, että mahdollisimman moni palveluja tarvitseva asiakas olisi tietoinen poliklinikan palvelusta.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla samanlaisen kyselyn toteuttaminen muutaman vuoden kuluttua, jossa otettaisiin asiakkaiden omaiset paremmin huomioon. Tässä kyselytutkimuksessa omaiset saivat olla asiakkaan tukena täyttämässä lomaketta, mutta tulevaisuudessa myös omaisille suunnattu kysely voisi antaa uusia näkökulmia ja mahdollisia kehittämisideoita poliklinikan toimintaan.

LÄHTEET

Aalto, Mauri & Holopainen, Antti 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. PDF-tiedosto. Ei päivitystietoja. Luettu 1.10.2011.

http://www.tippavaara.info/data/liitteet/ika_ja_alko_duo08.pdf

Achte, Kalle 1993. Johdanto. Teoksessa Matti Isohanni, Pekka Tienari & Kalle Achte (toim.) Vanhuus ja mielenterveys. Juva: WSOY, 9–17.

Aejmelaeus, Riitta, Kan, Suvi, Katajisto, Kaija-Riitta & Pohjola, Leena 2007. Erikoistunut vanhustyöhön: osaamista hyvään arkeen. Juva: WSOY.

Alanen, Hanna-Mari 2010. Milloin vanhus tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa? Lääkärilehti 46/ 2010. http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto46_1.pdf.

Ei päivitystietoja. Luettu 7.3.2011.

Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka 2010. Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Etelä- Savon sairaanhoitopiiri, psykogeriatrian poliklinikka, 2011. Tiedote.

Etelä- Savon sairaanhoitopiiri, muistikuntoutusryhmä. Tiedote.

Etzell, Sirpa, Korpivaara, Liisa, Lukkarinen, Tuula, Nikula, Anne, Pekkarinen, Inkeri, Peni, Riitta & Värmälä, Hanna-Maija. 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Harjajärvi, Minna, Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Kuntatalon paino.

Heikkinen, Eino, Kauppinen, Markku, Salo, Pia-Leena & Suutama, Timo 2006. Ovatko 65- 69-vuotiaat aiempaa toimintakykyisempiä terveempiä ja aktiivisempia Havaintoja Ikivihreät- projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006. 278 s. ISBN 951-669-719-4 (nid.), 951-669-720-8 (pdf).

Heikkinen, Eino 1995. Ihmisen fyysinen vanheneminen. Teoksessa Paula Lyytinen, Mikko Korkiakangas & Heikki Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityopsykologiaan. Porvoo: WSOY, 408–425.

Hervonen, Antti, Pohjolainen, Pertti & Kuure, Kari, A. 1998. Vanhene viisaasti. Helsinki: WSOY.

Hirsijärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu Otavan kirjapaino Oy.

Huttunen, Matti 2010. Ahdistuneisuushäiriö. Terveyskirjasto Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555. Päivitetty 23.7.2010. Luettu 3.9.2011.

Huttunen, Matti 2010. Skitsofrenia. Terveyskirjasto Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148#s8.

Päivitetty 1.9.2010. Luettu 9.8.2011.

Huttunen, Matti 2010. Harhaluuloisuushäiriö. Terveyskirjasto Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00373

Päivitetty 23.7.2010. Luettu 11.9.2011

Idänpään - Heikkilä, Ulla, Outinen, Maarit, Nordblad, Anne, Päivärinta, Eeva & Mäkelä, Marjukka 2000. Laatuksiteerit - Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW- dokumentti

<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/muut/aiheita20-2000.pdf> . Ei päivitystietoja.

Luettu 6.4.2011.

Kananen, Jorma. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen- Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kelemen, Pirkko, Niemelä, Anita, & Virta, Terhi. 2010. Selvitys 15 sairaanhoitopiirissä ja Ahvenanmaalla toteuttavista psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitopalveluista. Opinnäytetyö Tampere. Luettu 1.3.2011.

Kiviharju- Rissanen, Ulpu 2006. Vanhuspsykiatrisen osaamisen ja palveluketjujen kehittäminen. Vanhustyö 1/2006,7.

Kokkonen, Olavi 2006. Asiakastyytyväisyys kaiken perusta. www.q-kkarjalainen.fi/?sivu=Artikkelit&id=64. Ei päivitystietoja. Luettu 14.03.2011.

Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne, Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Editat Prima Oy.

Lappalainen, Sinikka & Mostrom, Anna, Palveluissa pettynyt, Kokemuksia huonosta kohtelusta ja sen seurauksista. Teoksessa Huovila, Leena (toim.) Lohja: Visuviestintä Oy.

Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti & Hakola, Panu 2002. Psykiatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Luhtasaari, Sinikka 2010. Masennus. Itsetuhoisuuden riskit. Terveyskirjasto Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00036&p_teos=ama&p_osio=&p_selaus=4361. Päivitetty 26.6.2010. Luettu 28.10.2011.

Luhtasaari, Sinikka 2010. Masennus. Aiheesta puhuminen voi helpottaa. Terveyskirjasto Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00038&p_teos=ama&p_osio=&p_selaus=4361. Päivitetty 26.6.2010. Luettu 28.10.2011.

Lönnqvist, Jouko & Aalberg Veikko 2001. Psykiatria. Karisto:Hämeenlinna.

Medina-Vallejoja, Aila, Vehviläinen, Sirpa, Haukka, Ulla-Maija, Pyykkö, Virpi & Kivelä, Sirkka-Liisa 2005. Vanhustenhoito. WSOY.

Mielenterveyden keskusliitto. Yksinäisyys. WWW-dokumentti.

http://www.mtkl.fi/tietopankki/arjessa_selviytyminen/yksinaisyys/. Ei päivitystietoja. Luettu 30.10.2011.

Mielenterveyslaki 1116/1990.WWW- dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoja. Luettu 16.3.2011.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmän esitys. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mielekäs elämä. Mielenterveyden edistäminen. Lapset, nuoret, työikäiset ja vanhukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW- dokumentti. <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/mielenterveydenedistaminen/lapsetnuoret/lapset.htm> . Päivitetty 31.5.2006. Luettu 1.3.2011.

Nikkola, Kristiina 2001. Psykiatria sairaanhoitajille. Elektrokonvulsiivinen hoito. WWW-dokumentti. http://www.kakspy.com/kakspy/kirj_kn_17.html. Päivitetty 14.3.2001. Luettu 30.10.2011.

Noppari, Eija & Koistinen Paula (toim) 2005. Laatusuositus vanhustyöhön. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Petch, Alison 2007. Mental health problems in old age. WWW-dokumentti. <http://communitycare.co.uk/Articles/26/09/2007/105917/mental-health-problems-in-old-age.htm>. Ei päivitystietoja. Luettu 4.11.2011.

Pietilä, Minna & Saarenheimo, Marja 2010. Iäkkäät ihmiset syrjäytyvät mielenterveyspalveluista. WWW-dokumentti. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/tutkimusesittely/kaikki/tutkimus/iakkaat-ihmiset-syrjaytyvat-mielenterveyspalveluista>. Päivitetty 28.9.2010 Luettu 16.3.2011.

Punkanen, Tiina 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere.:Tammer- Paino Oy

Psykiatrinen avohoito. Skitsofreniainfo. WWW-dokumentti. http://www.skitsofreniainfo.fi/hoito/psykiatrinen_avohoito. Ei päivitystietoja. Luettu 10.8.2011.

Psykiatrian poliklinikka, Moisio sairaala. Tiedote.

Ranta, Sari 2004. Vanhenemismuutosten eteneminen: 75-vuotiaiden henkilöiden antropometristen ominaisuuksien, fyysisen toimintakyvyn ja kognitiivisen kyvykkyyden muutokset viiden ja kymmenen vuoden seuranta-aikana. Jyväskylän yliopisto.

Saarenheimo, Marja 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Vantaa:WSOY.

Sarvimäki, Anneli, Heimonen, Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki:Edita.

Sipilä, Sarianna & Rantanen, Taina 2003. Lihasvoima. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 99–109

Sosiaali-ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto 2002. Stakes.
http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4016/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_aspo.pdf
 Ei päivitystietoja. Luettu 2.11.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntaliitto. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3
<http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>
 Ei päivitystietoja. Luettu 9.7.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys - ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009–työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf> PDF- dokumentti.
 Ei päivitystietoja. Luettu 27.7.2011.

Stuart-Hamilton, Ian 1996. Vanhenemisen psykologia. Kuopio: Kustannusosakeyhtiö Puijo.

Suutama, Timo 2004. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa Tarjaliisa Raitanen, Tuomo Hänninen, Hannu Pajunen & Timo Suutama (toim.) Geropsykologia, vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WSOY, 76–108.

Suutama, Timo 2003. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 174–184

Suutama, Timo & Rouppila Isto 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 116–128.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2006. Mielekäs elämä, mielenterveyden edistäminen, lapset, nuoret, työkäiset, vanhukset.

<http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/mielenterveydenedistaminen/lapsetnuoret/lapset.htm>. Päivitetty 31.5.2006. Luettu 28.8.2011.

Tiikkainen, Pirjo & Lyyra, Tiina-Mari 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 70–86.

Turtonen, Jukka 2006. Mielenterveysongelmat. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Vallejoja- Medina, Aila, Vehviläinen, Sirpa, Haukka, Ulla-Maija, Pyykkö, Virpi, & Kivelä Sirkka-Liisa 2005. Vanhustenhoito. Porvoo: WSOY

Vanhustyön keskusliitto. MielenMuutos lehdistötiedote 28.2.2011

<http://www.mielenmuutos.fi/mielenmuutos>. PDF- dokumentti.

Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja mittaa- määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Virtanen, Hilikka 1993. Vanhusten itsemurhat. Teoksessa Matti Isohanni, Pekka Tienari & Kalle Achte (toim.) Vanhuus ja mielenterveys. Juva: WSOY, 233–244.

Voutilainen, Päivi & Tiikkainen, Pirjo (toim.) 2008. Gerontologinen hoitotyö Vantaa: WSOY

Väänänen, Jaana, Heikkinen, Henna, Marttinen, Riitta, Pulkkinen, Asta, Kuhmonen, Sirpa & Kaikunen Anna- Liisa 2011. Tervehdys psykogeriatrian poliklinikalta! Laastari 1/2011, 14-15.

Ylikoski, Tuire 1999. Unohtuiko asiakas? Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

LUPAHAKEMUS

Arvoisa johtajaylilääkäri Matti Suistomaa.

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita ja tarkoituksenamme on tehdä opinnäytetyö yhteistyössä Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin kuuluvan Moisio psykiatrian poliklinikan kanssa. Poliklinikalta yhteyshenkilöme ovat osastonhoitaja Jaana Väänänen sekä sairaanhoitaja Henna Heikkinen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää Moisio psykiatrian poliklinikan asiakastytytyvyyttä asiakkaiden näkökulmasta toiminnan kehittämiseksi. Tarkastellessamme asiakastytytyvyyttä kyselylomakkeen avulla, johon asiakkaat vastaavat nimettöminä. Kyselymme tavoittaa noin sata poliklinikan asiakasta. Kyselylomakkeet lähetetään tai annetaan ja palautetaan suljetussa kirjekuoressa poliklinikan kautta. Vastaukset tulevat ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käyttöön ja ne käsitellään luottamuksellisesti.

Kysely toteutetaan kolmen kuukauden aikana, jotta saisimme vastauksia mahdollisimman paljon. Kysely olisi tarkoitus aloittaa toukokuussa 2011. Pyrimme saamaan opinnäytetyömme valmiiksi joulukuussa 2011.

Pyydämme kohteliaimmin lupaa toteuttaa asiakastytytyvyysskyselymme osana opinnäytetyötämme.

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelija

Saimi Liukkonen

saimi.liukkonen@mamk.mail.fi

Terveydenhoitajaopiskelija

Maiju Luukkonen

maiju.luukkonen@mail.mamk.fi

Sosionomiopiskelija

Milja Luukkonen

milja.luukkonen@mail.mamk.fi

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky.
Yhtymähallinto
Johtajaylilääkäri

Viranhaltijapäätös
06.05.2011

Pykälä
Mu
12
Sivu
1

1.
Asia

Tutkimusluvan myöntäminen

2.
Asiaselostus

Asiakastyytyväisyys Moisio psykiatrian poliklinikalla

Tutkijat: Saimi Liukkonen, Maiju Luukkonen ja Milja Luukkonen, Mikkelin ammattikorkeakoulu

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää Moisio sairaalan psykiatrian poliklinikan asiakastyytyväisyyttä asiakkaiden näkökulmasta toiminnan kehittämiseksi.

Tutkimus suoritetaan kyselytutkimuksena. Vastaukset tulevat ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käyttöön ja ne käsitellään luottamuksellisesti.

3.
Päätös

Myönnän luvan tutkimuksen suorittamiseen Moisio sairaalan psykiatrian poliklinikalla.

Asiakkaan ja omaisten tiedotteeseen pyydän lisäämään tiedon, että vastaukset käsitellään nimettöminä ja ilman henkilötietoja.

4.
Päätös asetettu yleisesti nähtäväksi, paikka ja aika
5.
Allekirjoitus, paikka ja pvm

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kirjaamo
16.5.2011 klo 9.00-15.00.

Mikkelissä 06.05.2011



Matti Suistomaa
Johtajaylilääkäri

6.
Lisätiedot

Lisätietoja päätöksestä antaa johtajaylilääkäri Matti Suistomaa, puh. 015 351 2400 tai matti.suistomaa@esshp.fi.

7.
Jakelu

sairaanhoitajaopiskelija Saimi Liukkonen
terveydenhoitajaopiskelija Maiju Luukkonen
sosionomiopiskelija Milja Luukkonen
osastonhoitaja Jaana Väänänen
ylihoitaja Sirpa Laamanen

8.
Muutoksenhaku

Muutosta tähän päätökseen saa hakea Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitukselta kirjallisella oikaisuvaatimuksella 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tarkemmat kirjalliset oikaisuvaatimusohjeet saa päätöksentekijältä tai kirjaamosta, puh. (015) 351 2502.

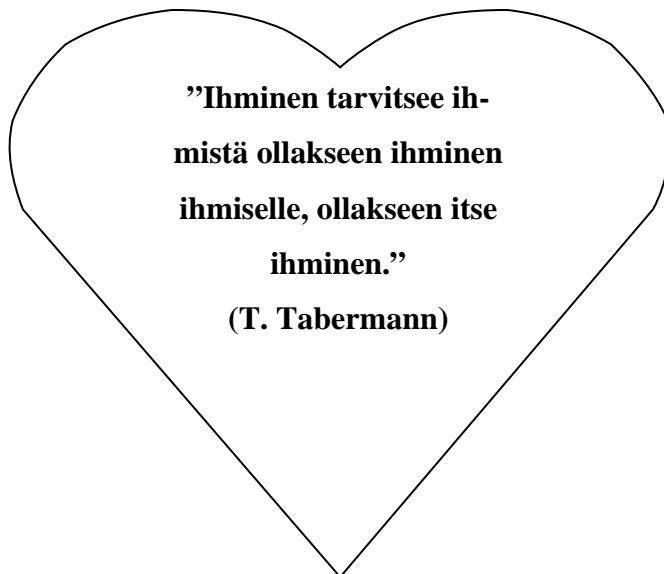
9.
Tiedoksiantajan allekirjoitus

Pvm 10.5.2011 Tiedoksiantaja Jukka Tikkari

Hyvät Asiakkaat ja Omaiset!

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun opiskelijoita ja teemme opinnäytetyön Moision psykiatrian poliklinikan toiminnan asiakastyytyväisyydestä. Olemme kiinnostuneita mielipiteestänne poliklinikan toimintaa kohtaan ja koko psykiatrian hoitohenkilökunta toivoo saavansa palautetta toiminnastaan ja mahdollisia kehittämisideoita. Toivomme, että vastaatte kaikkiin kysymyksiin mahdollisimman monipuolisesti ja toimitatte vastauslomakkeen suljetussa kirjekuoressa poliklinikalle. Vastaukset tulevat ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käyttöön ja ne käsitellään luottamuksellisesti. Vastaajien henkilöllisyys pysyy salassa koko tutkimuksen ajan. Toivomme, että vastaatte kyselyyn mahdollisimman pian. Vastaaminen on vapaaehtoista.

Opinnäytetyömme valmistuu joulukuussa 2011.



Saimi Luukkonen, Sairaanhoitajaopiskelija

Maiju Luukkonen, Terveystieteiden opiskelija

Milja Luukkonen, Sosionomiopiskelija

Asiakastyytyväisyyskysely Moision psykogeriatrian poliklinikalla

Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin laittamalla rasti mielipidettänne vastaavaan kohtaan. Kysymyksien alla oleville riveille voitte perustella vastauksianne.

Taustatiedot:

1.Ikä : 55- 65 v ____ 66- 75 v ____ 76 v- ____

2.Sukupuoli : Nainen ____ Mies ____

3.Vastaaja: Asiakas ____ Asiakas yhdessä omaisen kanssa ____

4.Mitä näistä poliklinikan hoitomuodoista käytätte/ olette käyttäneet?

(Voitte valita useamman vaihtoehdon)

Psykiatrinen avohoito ____

ECT- hoito (sähköhoito) ____

Muistikuntoutus ____

5.Hoito on kesken ____

Hoito on päättynyt ____

6.Mitä seuraavista palveluista olette saaneet? (Voitte valita useamman vaihtoehdon)

sairaanhoitaja	_____	toimintaterapia	_____
lääkäri	_____	musiikkiterapia	_____
sosiaalityöntekijä	_____	taideterapia	_____
psykologi	_____	fysioterapia	_____
kotikäynti	_____	psykoterapia	_____
puhelimitse tapahtuva yhteydenotto	_____		
muu, mitä?	_____		

**SAMAA
MIELTÄ**

**OSITTAIN
SAMAA MIELTÄ**

**ERI
MIELTÄ**

**1. Hoitoon pääsy
on ollut helppoa.**

Perustelut ja kehittämistoiveet:_____

**2. Hoitoon pääsy
on ollut riittävän
nopeaa.**

Perustelut ja kehittämistoiveet:_____

**3. Palveluista on
tiedotettu riittävästi.**

Perustelut ja kehittämistoiveet:_____

SAMAA
MIELTÄ

OSITTAIN
SAMAA MIELTÄ

ERI
MIELTÄ

4. Poliklinikan
toiminta on tarpeellista.

Perustelut ja kehittämistoiveet:

5. Poliklinikan
henkilökunta on
ammattitaitoista.

Perustelut ja kehittämistoiveet:

6. Kohtelu on ollut
kunnioittavaa.

Perustelut ja kehittämistoiveet:

7. Palvelu on ollut
luottamuksellista.

Perustelut ja kehittämistoiveet:

8. Hoitoni on ollut
turvallista.

Perustelut ja kehittämistoiveet:

SAMAA
MIELTÄ

OSITTAIN
SAMAA MIELTÄ

ERI
MIELTÄ

9. Hoitoni jatkuvuudesta on huolehdittu.

Perustelut ja kehittämistoiveet: _____

10. Hoidon aikana olen saanut riittävästi neuvoja.

Perustelut ja kehittämistoiveet: _____

11. Palvelu on vastannut odotuksiani.

Perustelut ja kehittämistoiveet: _____

12. Tapaamisiin on varattu riittävästi aikaa.

Perustelut ja kehittämistoiveet: _____

13. Kotikäynti on tarpeellinen palvelu.

Perustelut ja kehittämistoiveet: _____

SAMAA
MIELTÄ

OSITTAIN
SAMAA MIELTÄ

ERI
MIELTÄ

14. Poliklinikan
sijainti on hyvä.

Perustelut ja kehittämistoiveet: _____

15. Poliklinikan tilat
ovat viihtyisät.

Perustelut ja kehittämistoiveet: _____

16. Hoitoympäristö
poliklinikalla on
rauhallinen.

Perustelut ja kehittämistoiveet: _____

17. Mitä muuta haluaisitte vielä sanoa?

Kiitos vastauksistanne!